

La Lichénification du Scrotum chez les Noirs

(Contribution à l'étude de l'étiologie
des lichénifications anormales)

« Il est de certains mots, dans l'histoire de la médecine, que l'on voit avec étonnement se perpétuer d'âge en âge, sans que jamais une idée nette, un objet bien défini ne viennent en préciser le sens. Tel paraît avoir été le sort du mot lichen... »

(DESCAMBRES, *Diet. des Sciences médicales*).

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 22 Mars 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert DOYON

Ex-Interne de l'Hôpital de Toulon

Né à LYON, le 2 Juin 1901



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU
42, Quai Gailleton, 42

1927

LA LICHENIFICATION DU SCROTUM
CHEZ LES NOIRS
(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE
DES LICHÉNIFICATIONS ANORMALES)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

La Lichénification du Scrotum chez les Noirs

(Contribution à l'étude de l'étiologie
des lichénifications anormales)

« Il est de certains mots, dans l'histoire de la médecine, que l'on voit avec étonnement se perpétuer d'âge en âge, sans que jamais une idée nette, un objet bien défini ne viennent en préciser le sens. Tel paraît avoir été le sort du mot lichen... »

(DESCHAMBRES, *Dict. des Sciences médicales*).

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 22 Mars 1927

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Robert DOYON

Ex-Interne de l'Hôpital de Toulon

Né à LYON, le 2 Juin 1901.



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

—
1927

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire M. L. HUGOUNENQ.
 Doyen M. J. LEPINE.
 Assesseur M. ROLLET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), ROQUE

PROFESSEURS

Cliniques médicales Cliniques chirurgicales Clinique obstétricale et Accouchements..... Clinique ophtalmologique Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..... Clinique neurologique et psychiatrique Clinique des maladies des enfants..... Clinique des maladies des femmes..... Clinique d'oto-rhino-laryngologie Clinique des maladies des voies urinales..... Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie..... Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie..... Chimie biologique et médicale Chimie organique et Toxicologie Matière médicale et Botanique Parasitologie et Histoire naturelle médicale Anatomie Histologie Physiologie Pathologie Interne Pathologie et Thérapeutiques générales Anatomie pathologique Chirurgie opératoire Médecine expérimentale et comparée et bactériologie..... Médecine légale Hygiène Thérapeutique, hydrologie et climatologie Pharmacie,	MM. BARD PIC TIXIER BERARD X. ROLLET NICOLAS LEPINE (J.) MOURIQUAND VILLARD LANNOIS ROCHET NOVE-JOSSERAND CLUZET HUGOUNENQ MOREL BRETN GUIART LATARJET POLICARD DOYON COLLET CADE PAVIOT PATEL ARLOING (F.) ETIENNE-MARTIN COURMONT (P.) SAVY JEULIER
---	--

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de — — — — — — — — —	Pathologie externe Propédeutique de gynécologie Chimie minérale Urologie	MM. VALLAS CONDAMIN BARRAL GAYET
---	---	---

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique Puériculture et hygiène de la première enfance..... Chirurgie expérimentale Stomatologie	MM. THEVENOT (Léon) RHENTER. TAVERNIER. TELLIER
--	--

AGREGES

MM. GARIN TRILLAT SARVONAT FLORENCE (G.) ROCHAIX CORDIER (V.)	MM. ROUBIER FAVRE BONNET RHENTER MAZEL SANTY	MM. DUNET CHALIER (André) CHALIER (Joseph) NOEL CHEVALLIER. DEVIC.	MM. DUFOURT. DUMAS. GABRIELLE. MANCEAU. MARTIN (Joseph). ROCHET (Ph.). WERTHEIMER.
---	--	--	---

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. NICOLAS, président ; SAVY, assesseur

ROUBIER et CHALIER J., agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation



A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Son souvenir de tendresse me sera
toujours présent.

A MA MÈRE

Qui a bercé toute ma jeunesse.

AU RÉVÉREND PÈRE DURAND

Qui m'a donné ce qu'il y a de meilleur en moi.

A GERMAINE, LOUIS ET GEORGES

Mes chers compagnons de route

A MON MAITRE LE DOCTEUR FAVRE
Médecin des Hôpitaux, Professeur agrégé

Qui m'a fait aimer la médecine.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR SAVY
*Professeur de thérapeutique à la Faculté de Médecine de Lyon
Médecin des Hôpitaux*

Qui m'a enseigné les principes de
l'examen clinique.

A MES CHEFS DE SERVICE DE L'HOPITAL DE TOULON

MM.

DOCTEUR JOURDAN ;
DOCTEUR DEVILLE ;
DOCTEUR PORTAY ;
DOCTEUR BERTHOLLET ;
DOCTEUR LAURES ;
DOCTEUR MALARTIC ;
DOCTEUR POLIER ;
DOCTEUR DOUARRE.

Qui m'ont guidé dans la pratique.

A MON MAITRE ET TRÈS CHER AMI LE DOCTEUR ESQUIER

Médecin principal de la Marine

Il m'a conseillé et soutenu aux
«heures troubles» pendant mes années
de séjour à Toulon. Il m'a initié à la
Dermatologie et m'a inspiré mon sujet
de Thèse.

•

AU PROFESSEUR NICOLAS

*Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Lyon*

Qui m'a fait l'honneur de bien vou-
loir présider cette Thèse.

A M. LE DOCTEUR BROcq

Que je ne connais que par ses livres
et ses publications, mais dont la pen-
sée robuste m'a suivi sans cesse au
cours de ce travail.

AU PROFESSEUR PAUTRIER

Qui a bien voulu s'intéresser aux
cas que nous étudions.

A M. L'ABBÉ ARCHER
A M^{lle} SIVERA ET A M. DICHARRY

Mes amis fidèles.

AUX CAMARADES DE L'INTERNAT, ANCIENS ET NOUVEAUX

Souvenir affectueux.

LA LICHENIFICATION DU SCROTUM CHEZ LES NOIRS

(CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ÉTIOLOGIE
DES LICHÉNIFICATIONS ANORMALES)

PRÉFACE

Au cours de mon internat à l'hôpital de Toulon, je fus conduit, par le désir de me rapprocher du Docteur Esquier que j'estimais profondément et pour me faire initier par lui à la Dermatologie, à fréquenter son service de Dermatologie de l'Hôpital maritime de Saint-Anne. Le Docteur Busquet, dirigeant ce service, auquel je fus alors présenté, me fit l'accueil le plus bienveillant. J'eus ainsi l'occasion d'observer, au passage et sans y attacher autrement d'importance, les premiers cas de la dermatose sur laquelle, plus tard, je devais faire ma thèse. Le Docteur Esquier préparait sur elle un travail; c'est dire que presque tout le mérite de ma thèse lui revient. Il a eu la tâche aride d'assembler les observations d'une dermatose inédite, de les caractériser, de les diagnostiquer et de mettre en œuvre assidûment les ressources du laboratoire pour parvenir à une étiologie. C'est un travail complet (pour lequel d'ailleurs M. Pautrier le félicitait peu

après) qu'il me remettait lorsque je lui demandai un sujet de thèse. En me le donnant, il me conseilla de chercher à préciser les rapports de cette dermatose, qu'il assimilait au lichen corné hypertrophique, avec les lichénifications anormales et de réfléchir à son étiologie. Je tombai alors, dès le début de ma bibliographie, sur les admirables travaux de Brocq et Pautrier, sur les lichénifications. Enthousiasmé par la conception des lichénifications, je modifiai insensiblement mon point de départ et ne m'attachai bientôt plus qu'à l'étude de la plaque lichénifiée qui, comme me le montrait l'examen de cas inédits, constituait toujours « le fond », l'élément le plus « stable » de la dermatose pour laquelle nos noirs venaient consulter. Mon attention se porta particulièrement sur la recherche des causes susceptibles d'engendrer dans la race noire avec une telle fréquence (5 % des hommes pris dans une Compagnie, au hasard!) des lésions de lichénification anormale du scrotum.

Indépendamment de l'étude de la peau du nègre, « terrain » de choix pour le développement d'hyperkératoses de toutes formes, cela revenait à déterminer l'étiologie du prurit et du frottement « obligatoires pour le développement de lichénification » (Brocq).

Le frottement se trouvait à l'origine de la lésion chez quelques noirs qui incriminaient l'influence de la toile rêche de leur caleçon pendant les marches militaires (je dois cette remarque à M. le Docteur Busquet). Mais c'est le prurit qui occupait la première place dans la grande majorité des cas. La propension

des nègres à se gratter est proverbiale. Cela tient uniquement à l'état de malpropreté dans lequel ils se supportent et au nombre de parasites de tous les groupes zoologiques qui prennent pour pâture leur épiderme au grain d'ailleurs très fin. Aidé par mon éminent ami M. le Docteur Esquier, je cherchai à préciser ces notions. Pour ma part, je penchais délibérément, malgré mon ami qui plaisantait « mon esprit peu scientifique », vers l'étiologie souvent microbienne de ce prurit : parce que la malpropreté entraîne nécessairement un état de subinfection latant de la peau, et parce qu'un médecin de la coloniale, avec qui j'examinais quelques Compagnies de Sénégalais, me disait que les plus beaux cas se voyaient au débarquement lorsque les hommes étaient le plus sales ; mais je conservai quelques développements pour l'étude des autres causes possibles, en particulier des trichophyties, persuadé que la lichénification du scrotum chez les noirs n'a pas une étiologie univoque.

Ainsi, commençant mon travail avec l'intention de creuser un point de dermatologie pure « les rapports des lichénifications avec le lichen corné », je terminai sur des questions de pathologie générale, véritablement passionnantes. Cela m'a remis en mémoire une boutade d'un de mes Maîtres lyonnais, le plus aimé, dermatologiste :

Il rencontre, au cours de la guerre, un major de bonne mine qui, après quelques palabres et dissertations sur la situation qu'il occupait avant la guerre, lui demande brusquement : « Mais vous, que faisiez-vous alors ? » — mon Maître, professeur-agrégé, de

répondre timidement : « Je faisais un peu de Dermatologie. » Et l'autre, moqueur : — « De la Dermatologie ! mais c'est de la poussière de médecine ! » — « En effet, de la poussière de médecine, répond le Professeur, mais avec cette poussière agglomérée, on forme des moellons, et avec les moellons on bâtit des maisons à l'épreuve des siècles ! »

Le génie du maçon n'est pas donné à tout le monde et « nous offrons ce travail pour ce qu'il vaut ».

Nous voulons remercier, en terminant, tous ceux qui nous ont permis de mener à bien ce travail. D'abord M. le Docteur Esquier. Je venais à toute heure, au bruit trépidant de ma moto, le retrouver dans sa claire maison provençale, des papiers plein mes poches. Accueilli par les rires frais de ses enfants, j'allais discuter gravement avec lui le diagnostic de l'érythrasma ou les méfaits cutanés du streptocoque ! Qu'il veuille accepter ma reconnaissance émue.

Je remercie mes chers amis, M. le Docteur Demouy et M. Richard, assistant en pharmacie, pour l'aide qu'ils m'ont donnée à tirer les photographies qui illustrent cette thèse.

Enfin, je remercie la très gracieuse Mlle Deschamps, infirmière major, qui a bien voulu me dactylographier minutieusement ce travail austère.

LES FAITS

A la lecture des observations, on remarquera que le diagnostic porté le plus souvent était celui de « lichen corné hypertrophique ». Nous avons voulu, en effet, malgré qu'elles nous aient servies à des fins un peu différentes, conserver à ces observations qui nous furent remises par le D^r Esquier, le caractère qu'il avait décidé de leur donner. Il venait d'écrire un travail où, vu la fréquence de papules de lichen corné accompagnant la plaque de lichénification scrotale, il avait conclu à l'identité de toutes les lésions, au « lichen corné hypertrophique, simple variété de lichénification anormale ». Nous ne pouvons, ni ne voulons dire dans ce travail si cette identité est bien démontrée. Il nous suffit d'affirmer, M. le Docteur Esquier nous a formellement autorisé à le faire, que dans ses observations, les termes « lichen corné hypertrophique » sont synonymes de « plaque de lichénification ». Tout au plus *dans quelques cas*, le premier titre est-il considéré comme ayant plus *d'extension*, qualifiant à la fois la plaque de lichénification, *lésion principale*, et des papules de lichen corné disséminées aux alentours.

OBSERVATION I

S..., 20 ans ans, né au Dahomey, entré à l'hôpital le 24 juin 1924, envoyé pour prurigo

Le scrotum de ce malade est recouvert en entier ainsi que certains points du prépuce de squames sèches, cartonneuses, faciles à enlever, laissant voir un épiderme sous-jacent sain et un peu décoloré Les poils paraissent sains.

Papules de prurigo sur la face postérieure des bras et avant-bras et sur les fesses. Quelques papules sont excoriées (ne seraient pas prurigineuses ?)

OBSERVATION II

L..., 23 ans, né au Dahomey, entré à l'hôpital le 30 juin 1924, envoyé pour dermite du scrotum.

Le scrotum en entier et la face postérieure du fourreau de la verge sont couverts de squames hyperkératosiques s'enlevant plus ou moins facilement, laissant voir au-dessous d'elles le derme sec, quelquefois suintant, légèrement dépigmenté.

Le pourtour des lésions est délimité, circiné, le tout rappelle l'aspect du lichen corné hypertrophique.

D'autre part, les cinq ongles de la main gauche sont atteints d'onychose typique avec présence de *filaments* mycéliens dans la râclure d'ongles. Ongles déformés, déchiquetés. Les ongles de la main droite et du pied sont sains. Ceux des 3^e et 4^e orteils sont légèrement atteints d'onyxis.

Cuir chevelu et reste des téguments sains.

17 juillet. — Les lésions de la verge sont guéries, celles du scrotum très améliorées par le savonnage.

Ne présente aucun accident transmissible, mais Wasserman + + + +.

Exeat le 28 août 1924.

Deuxième entrée pour *pneumonie* du 24 octobre au 26 novembre 1924.

Poumons normaux à la sortie à l'examen radioscopique.

Deuxième série de traitement du 1^{er} décembre 1924 au 12 janvier 1925.

Wasserman : de 0,30 à 1,05 le 1^{er} décembre 1924.

Wasserman : de 0,30 à 1,05 le 17 janvier 1925.

Troisième entrée à l'hôpital le 18 mars 1925, pour trichophytie du cuir chevelu et lichen corné du scrotum.

Le lichen corné hypertrophique du scrotum a récidivé. Plaque d'hyperkératose s'enlevant assez difficilement avec au-dessous un derme laissant perler de l'exosérose ou du sang.

Au *cuir chevelu*, nombreuses lésions squameuses plus ou moins confluentes, peu épaisses, irrégulièrement disséminées, à contours mal délimités.

En résumé, le traitement anti-syphilitique n'a pas empêché la récurrence du lichen corné hypertrophique et n'a pas modifié l'onychose. En outre, depuis la première entrée, trichophytie du cuir chevelu qui n'existait pas à ce moment. (Est-elle secondaire aux lésions unguéales ?)

OBSERVATION III

A..., 20 ans, né au Dahomey, entré à l'hôpital le 8 décembre 1924, envoyé pour épidermomycose.

Ce tirailleur dahoméen présente au niveau du scrotum et de la face postérieure de la verge les lésions décrites ci-dessous :

Au *niveau de la verge*. — Papules agglomérées en plaques, de la dimension totale d'une pièce de 2 fr.; leur pourtour est nettement délimité. Ces lésions sont d'un noir grisâtre, terne, surélevée de 1 à 5 millimètres sur le plan des téguments normaux. En tendant la peau on constate que les papules sont constituées par une hyperkératose verruqueuse modérément indurée et infiltrée.

Le grattage à la curette donne une fine desquamation blanchâtre où l'examen microscopique ne révèle aucun parasite.

Au niveau du scrotum. — Les lésions forment une vaste plaque recouvrant la presque totalité des téguments, mais à contours diffus. La coloration est d'un noir tirant sur le gris jaunâtre. Elles sont formées de squames cornées assez adhérentes aux plans sous-jacents, disposées en plis parallèles, horizontaux, réguliers, en montagnes russes. Les squames par leurs stratifications donnent au toucher une sensation rêche, cartonneuse, papier de verre.

Le grattage léger à la curette donne une fine desquamation d'un blanc gris. Si l'on essaye d'enlever la totalité de l'épaisseur des squames en un point, on y parvient non sans peine et on remarque sur la face profonde des squames enlevées de fins prolongements épineux, en chapeaux de clown.

Le toucher est douloureux ou prurigineux. Les sensations sont difficiles à faire définir par le malade qui ne parle pas français.

Le reste des téguments est sain. Polyadénopathie inguinale. Wasserman négatif.

OBSERVATION IV

B... K..., 20 ans, né en Guinée Française, consulte le 12 décembre 1924.

Début il y a plusieurs mois au Sénégal. Actuellement, lésion polycyclique de la région péno-scrotale gauche, infiltrée, épaisse, non douloureuse au toucher, prurigineuse, de la dimension de 1 fr. environ, saillante de 2 à 5 millimètres, à contours assez mal délimités, recouverte de verrucosités avec replis cérébriformes, de même couleur noire que les téguments sous-jacents.

Hyperkératose adhérente infectée secondairement. L'ablation de l'hyperkératose montre de longs cônes épidermiques s'enfonçant dans le derme.

OBSERVATION V

K... K..., 20 ans, né au Sénégal, entré à l'hôpital le 22 janvier 1924, envoyé pour :

Eczéma des bourses. Wasserman : le 23 décembre 1924.

Résultat négatif.

3 janvier 1925. — Malade ne parlant pas français, impossible de lui faire préciser l'origine de son affection. Accuse seulement un léger prurit.

Présence de lésions typiques de lichen corné hypertrophique : 1° sur la verge face postérieure, lésion assez discrète du fourreau, mal délimitée à l'exception d'une ou deux papules cornées, lenticulaires, verruqueuses près du sillon; 2° sur le scrotum face antéro-inférieure, lésions cartonneuses habituelles, très adhérentes, avec excoriations de grattage.

Peau ichthyosique à la face antérieure des cuisses. Polyadénopathie sus-épitrochléennes et inguinale, alopécie ou clairière.

D... B..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 30 décembre 1924, envoyé pour lichen corné des bourses.

31 décembre 1924. — Ce malade présente des lésions nettes de lichen corné hypertrophique de la face postérieure du fourreau de la verge et du scrotum à contours nets sur le fourreau et à contours mal délimités, au contraire, sur les téguments scrotaux. A ce niveau, douleur et prurit.

Le début remonterait environ à un an, date de l'arrivée du malade en France. A son village, n'aurait eu aucune lésion.

Micropoly-adénopathie. Langue nettement scotale; le reste des téguments est sain. Pas d'alopecie.

Tendance à la leucoplasie des commissures.

Le Wasserman est + + + depuis le 18 août 1924. A reçu depuis cette époque une série de deux piqûres : 0,15, 0,20 de 914 en septembre, et une de 0,15 à 0,90 de novembre 1924 à janvier 1925, qui semble avoir amélioré les lésions.

En août 1924, on avait porté (à tort sans doute) le diagnostic de syphilide sur le vu des Wasserman. Avait reçu deux piqûres de 914, puis n'était pas revenu. Revu de nouveau le 15 novembre, on commence une nouvelle série en consultation.

C'est seulement le 29 décembre, lors de la deuxième piqûre à 0,90 que le diagnostic de lichen corné est porté.

OBSERVATION VII

T... B..., 22 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 2 janvier 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique des bourses.

Le malade déclare avoir cette affection depuis 2 ans; elle serait donc postérieure à son arrivée au service et aurait apparu en France. Elle aurait augmenté progressivement de volume et serait devenue douloureuse et prurigineuse au point de supprimer le sommeil.

Description. — 1° Verge : vitiligo du fourreau paraissant dater de l'enfance au dire du malade. Sur la face latérale gauche du fourreau, présence de deux papules de lichen corné hypertrophique nettement verruqueuses, dures et douloureuses au toucher; le contour est très net.

2° Scrotum : surtout en avant et en bas, épaissement cartonneux des téguments dessinant des replis en montagnes russes, très douloureux au toucher, à contours mal délimités. Les productions hyperkératosiques sont très adhérentes et difficiles à enlever.

Le reste des téguments paraît sain à l'exception de quelques cicatrices. Polyadénopathie inguinale bilatérale; cheveux clairsemés.

Wasserman négatif le 31 décembre 1924.

OBSERVATION VIII

B... K..., 20 ans, né au Soudan Français, entré à l'hôpital le 28 février 1925. Envoyé pour lichen corné hypertrophique du scrotum.

Lichen corné hypertrophique du scrotum légèrement douloureux et prurigineux. La totalité du scrotum est prise, la verge n'a rien. Squames grises, plâtreuses, très adhérentes. Cônes épidermiques peu net. A l'ablation : saignement.

Lichen (?) des joues des commissures et de la lèvre infé-

rieure bleuté, mais un peu verruqueux au toucher ou tout au moins dépoli.

A la face interne des cuisses, prurigo nodulaire avec lichénification. A la racine de la cuisse gauche, lichénification avec squames se continuant avec le lichen du scrotum.

A l'examen microscopique des squames : pas de spores.

OBSERVATION IX

S... D..., 22 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 26 mars 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique du scrotum.

A l'examen : La plus grande partie du scrotum est recouverte de placards irréguliers, à bords assez bien délimités, la surface saillante recouverte de squames grises, cartonneuses au toucher, assez adhérentes. L'ablation de ces squames montre à leur face profonde quelques petits cônes épidermiques et laisse à nu un derme d'un gris rosé, donnant de l'exosérose. La palpation est un peu douloureuse. Pas d'infiltration. En d'autres points, on note des placards non hyperkératosiques d'un gris rose brillant, à surface lisse, souples, qui paraissent être un processus de guérison. Quelques éléments à la racine du fourreau. Reste des téguments sains. Polyadénopathie. Pas de lichen plan des autres régions ni des muqueuses.

OBSERVATION X

N... B... T..., 21 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 10 avril 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique des bourses et de la face inférieure de la verge.

Traité par cacodylate intraveineux et pommade acide solicylique. Glossite exfoliatrice marginée de la langue traitée par bleu de méthylène.

A reçu 914 : 0,15 le 14 avril,

0,20 le 20 avril.

Vu le 25 avril : lichen disparu. A reçu aussi (2 cacodylate).

Wasserman + + + + le 11 avril.

OBSERVATION XI

B... T..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 18 avril 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique du scrotum et du fourreau de la verge.

Quelques papules de lichen corné hypertrophique d'un noir franc mat, surélevées, quelques-uns conglomérées en petites plaques à la partie supérieure de la face interne des cuisses, à surface légèrement verruqueuse. Le tout tranche nettement sur le fond chocolat des téguments.

A la cuisse droite, quelques papules noires de lichen.

Sort guéri le 23 juillet 1925.

Nouvelle entrée en octobre 1925 (récidive).

OBSERVATION XII

T..., 20 ans, né au Dahomey, entré à l'hôpital le 9 juin 1925, envoyé pour gale infectée et lichen corné hypertrophique des bourses.

OBSERVATION XIII

D... B..., 20 ans, né au Sénégal, entré à l'hôpital le 13 juin 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique des bourses.

Ce tirailleur, de race toucouleur, présente un lichen corné hypertrophique des bourses cartonneux typique. Présente en outre au niveau de la face antéro-interne des cuisses des papules de prurigo noires avec lichénification périphérique.

OBSERVATION XIV

Z..., 20 ans, né au Dahomey, entré à l'hôpital le 23 juin 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique du scrotum, chéloïdes zostériformes, lichen obtusus et gale.

Lésions très discrètes de gale (?) au niveau des fesses, du bord antérieur des aisselles, du pli du coude.

Lichen corné hypertrophique du scrotum : aspect cartonneux, douloureux au toucher.

Cicatrices chéloïdiennes zostériformes au niveau des 5° et 6° espaces en avant du 7° sur la ligne axillaire postérieure, des 8° et 10° en arrière.

Polyadénopathie.

Au niveau de la 1/2 inférieure des membres inférieurs, surtout le droit, présence de lichen obtusus caractérisé par des papules brunes, dures, sèches, infiltrées, confluent en placards blanchâtres, desquamant finement par grattage et dont le grattage augmente la blancheur. Très prurigineux.

Pas de parasites à l'examen des squames.

OBSERVATION XV

C..., 20 ans, Toucouleur, entré à l'hôpital le 15 juillet 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique.

Première entrée à l'hôpital avec un très mauvais état général, atteint de gale eczématisée, lichen corné des bourses, épidermophytie pelvienne et prurigo nodulaire. Guéri par benzol, cacodylate, onction angélini, etc., le 8 août.

Récidive le 24 août de lichen corné. Traité par acide salicylique, cacodylate, etc. Sort le 3 octobre très amélioré.

Nouvelle entrée le 10 octobre, se plaignant toujours de démangeaisons nombreuses. Papules de prurigo sur tout le corps.

Nombreuses lésions de trichophytie cutanée généralisée confirmée bactériologiquement.

OBSERVATION XVI

B... B..., 20 ans, né dans la Haute-Volta (Guinée), entré à l'hôpital le 26 septembre 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique de la verge et du scrotum.

Vu le 15 octobre à peu près guéri. Le reste des téguments est sain.

OBSERVATION XVII

P..., 20 ans, né au Dahomey, entré à l'hôpital le 29 août 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique de la verge et du scrotum.

Vu le 16 octobre : lichen corné hypertrophique de la verge et du scrotum très amélioré par le traitement habituel.

Présente en outre au niveau des fesses et des cuisses, surtout de la face interne de celles-ci, des papules folliculaires acuminées, d'un noir brillant, se détachant nettement sur le fond chocolat clair des téguments; papules dures très prurigineuses. La plupart sont entourées d'une petite zone brune légèrement lichénifiée.

Le tout donne l'aspect d'une kératose pilaire, presque géante.

Légère kératose pilaire des membres supérieurs. Le reste des téguments est sain, non squameux.

OBSERVATION XVIII

D..., 20 ans, né au Sénégal, entré à l'hôpital le 11 octobre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

En réalité, lichen corné hypertrophique du scrotum n'en couvrant que la moitié environ, modérément prurigineux avec quelques squames, croûtes noires de grattage.

Le pourtour de cette dermatose est assez bien délimitée. A la face interne des cuisses et du creux poplité, nombreuses papules de prurigo lichénoïde légèrement brillantes, de même couleur que les téguments normaux et de la grosseur d'une tête d'épingle. Sur quelques-unes et enchâssée, squame croûte (excoriation de grattage). Elles reposent sur un fond lichénifié. Les téguments des membres inférieurs sont secs, ichthyosiques.

Lichen des joues avec tendance aux formations verruqueuses pseudo-leucoplasiques aux deux commissures. Le reste des téguments est à peu près sain.

On fait deux examens microscopiques au lactophénol. Au deuxième, on trouve certains poils du scrotum même assez

longs atteints de trichosporie noueuse, avec dans les concrétions d'un brun rouge des amas de spores assez grosses de 5 μ environ de diamètre.

OBSERVATION XIX

T... B..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 30 septembre 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique.

Lichen corné hypertrophique du scrotum et lichénification de la face interne des cuisses.

Reste des téguments sains.

OBSERVATION XX

B..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 2 octobre 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique du scrotum.

Lichen corné hypertrophique du scrotum. (Docteur BUSQUET).

Vu le 15 octobre : guéri par cacodylate et acide salicylique. Le reste des téguments est absolument sain.

OBSERVATION XXI

M..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 14 octobre 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique.

Tirailleur de race moassi.

Lichen corné hypertrophique typique localisé au scrotum avec squames cérébriformes, assez adhérentes. Leur ablation montre quelques cônes épidermiques assez rares et peu longs et détermine un léger suintement sanguin.

Très prurigineux.

Pas d'apparence d'épidermophytie.

Quelques éléments de prurigo nodulaire sur l'abdomen et sur les cuisses.

OBSERVATION XXII

L... D..., 20 ans, entré à l'hôpital le 14 octobre 1925, envoyé pour lichen des bourses.

Il s'agit d'un lichen hypertrophique du scrotum très prurigineux, très localisé. Pas de cônes épidermiques. Pas de poils atteints de trichosporie. A noter que les poils de la région malade sont rares et cassés assez courts, s'arrachant facilement.

Aucun parasite. Le reste des téguments est sain. Rien à la racine des cuisses. Pas de lichen des muqueuses. Langue décapillée.

En somme, plaque de lichénification isolée.

OBSERVATION XXIII

H..., 20 ans, né au Dahomey, entré à l'hôpital le 15 octobre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

Lichen corné hypertrophique typique du fourreau de la verge et du scrotum. Rares cônes épidermiques. Quelques poils atteints de trichosporie noueuse avec spores de 3 à 5 μ .

Kératose pilaire des cuisses. Face interne des cuisses, papules de lichen plan et de lichen corné noir.

Lichénification racine des cuisses. Pas de lichen des muqueuses, mais lichen corné hypertrophique verruqueux de la commissure labiale droite avec villosités épineuses de 1 à 2 m/m. de haut.

OBSERVATION XXIV

P... S..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 17 octobre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

A l'examen, lichen corné hypertrophique typique avec quelques squames croûtes d'un noir brillant, tranchant sur les squames grisâtres du lichen. Le scrotum en est partiellement recouvert.

Poils sains. Prurit assez violent. Lichénification de la face interne des cuisses, en face du scrotum, noirâtre avec papules de prurigo nodulaire.

Téguments des avant-bras ichthyosiques. Pas de lichen des muqueuses.

OBSERVATION XXV

A... K..., 20 ans, né au Sénégal, entré à l'hôpital le 17 novembre 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique, et gale.

Lichen corné hypertrophique du fourreau de la verge et du scrotum et du prépuce, nettement verruqueux sur le prépuce. Prurigo et lichénification de la racine des cuisses. (Trichophytie ?)

OBSERVATION XXVI

C... T..., 20 ans, né au Sénégal, entré à l'hôpital le 21 novembre 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique.

Lichen corné hypertrophique du scrotum cartonneux, verruqueux, cérébriforme, douloureux, prurigineux (?). Rares cônes épidermiques, mais squames très adhérentes. Ablation très douloureuse. Localisé uniquement au scrotum. Reste des téguments sains. Pas de lichen des muqueuses. Rien à la verge. Pas de squames cutanées. Peau très belle.

OBSERVATION XXVII

G... B..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 26 novembre 1925, envoyé pour lichen corné hypertrophique.

Lichen corné du scrotum non cartonneux, légèrement prurigineux, sans squames en chapeaux de clown.

Lichen de la joue droite à peine marqué, près des commissures.

Aux deux fesses, lésion de lichénification due probablement à une trichophytie bien qu'on n'ait pas trouvé de spores.

A la face interne des deux cuisses, un peu au-dessous du point le plus bas du scrotum, présence de papules de lichen plan d'un beau noir brillant à centre très ombiliqué sur fond légèrement hyperpigmenté et lichénifié.

OBSERVATION XXVIII

O..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 26 novembre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

Lichen du scrotum non cartonneux. Pas de squames à épines. Les lésions sont discrètes, mais très prurigineuses. Ongles usés. Pas de lichen des muqueuses.

OBSERVATION XXIX

R..., 20 ans, Malgache de couleur assez foncée, entré à l'hôpital le 26 novembre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

Lichen corné du scrotum typique, très hyperkératosique, plâtreux, douloureux au toucher, très prurigineux.

Lichen corné presque verruqueux du fourreau de la verge et du sillon balano-préputial.

L'ablation des squames très adhérentes est douloureuse et provoque un léger suintement sanguin.

Quelques rares cônes en chapeau de clown difficile à mettre en évidence.

La face interne des cuisses et le reste des téguments est sain à l'exception du : thorax, front et menton où il existe des lésions de pytiriasis versicolor confirmés bactériologiquement. Au niveau du front et du menton, ces lésions sont nettement hypochromiques.

OBSERVATION XXX

Z... D..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 30 novembre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

Lichen corné hypertrophique du scrotum. Lichen des joues et de la langue. Lichénification face interne des cuisses.

ses. Aux fesses et à la face postérieure des bras, peau ichthyosique avec desquamation furfuracée.

Face antérieure des tibias, genoux, peau hyperkératosique. Tendance au lichen obtusus, mais sans prurit.

Examen des squames des fesses^e: Spores de petites dimensions et mycélium de trichophyton.

Squames du scrotum : Aucun parasite.

OBSERVATION XXXI

A... A..., 20 ans, né en Mauritanie, entré à l'hôpital le 30 novembre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

Présente un lichen corné hypertrophique du scrotum très prurigineux. Le malade accuse son pantalon de lui avoir donné cette maladie (frottement par marche).

Peu de douleur, sauf à l'ablation des squames, lesquelles n'ont pas de cônes cornés en chapeau de clown ou, s'il y en a, se cassent à l'ablation, la pointe restant dans la profondeur.

Pas de lésions des téguments qui ne sont pas squameux et paraissent sains. A signaler cependant quelques plaques de pytiriasis versicolor sur le visage.

Lichen de la lèvre inférieure et de la langue. Commissures d'aspect lichénoïde, mais hypertrophie légère.

Pas de parasites à l'examen des squames scrotales. Cependant les poils du scrotum présentent en divers points des nodosités grisâtres composées de concrétions granuleuses. A l'examen au microscope, on trouve dans ces concrétions des amas de grosses spores de 4 à 5 μ , ovalaires ou polyédriques. Trichosporie noueuse.

Wasserman positif très fortement le 1^{er} décembre 1925.

OBSERVATION XXXII

O..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 30 novembre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

C'est un lichen corné hypertrophique typique. L'ablation des squames montre quelques cônes en chapeau de clown qui se cassent à l'ablation, semblent rester fichées dans le derme. Poils atteints de trichosporie noueuse, sans spores nettes à l'examen microscopique.

Quelques papules brunes de prurigo et léger degré de lichénification face interne des cuisses.

Pas de lichen des muqueuses, ni d'autres lésions cutanées.

OBSERVATION XXXIII

G... K..., 20 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 1^{er} décembre 1925, envoyé pour lichen corné généralisé.

Ce malade présente des placards de lichen corné hypertrophique en divers points du corps et disposés à peu près symétriquement.

Aux plis du coude : Ces placards à bords très nettement limités sont de couleur noir mat, se détachant nettement sur le fond chocolat des téguments sains.

Leur surface est sèche, plâtreuse avec des plis parallèles assez profonds, presque un quadrillage. Par grattage on obtient une desquamation furfuracée, blanchâtre, mais les squames sont assez difficiles à enlever.

Aux creux poplités : Mêmes lésions à peu près symétriques.

Au scrotum : Lésion de lichen corné hypertrophique du type habituel, mais avec des squames d'un noir assez foncé. Les poils sont sains sans concrétions.

A la face interne des cuisses : Papules de lichen corné de la dimension moyenne d'une lentille, recouvertes de squames d'un noir mat, parfois confluentes et entourées d'une zone de lichénification moins noire qu'elles, mais plus noire que les téguments sains.

L'ablation de ces squames en ces divers points ne révèle pas de cônes épidermiques (à moins qu'ils ne cassent dans la profondeur à l'ablation) et détermine un léger suintement sanguin.

Prurit modéré. Ongles des mains un peu usés. Peau des mollets ichthyosique. Lichen des commissures.

Examen des squames des coudes, scrotum et cuisses :
Aucun parasite.

OBSERVATION XXXIV

S..., 20 ans, entré à l'hôpital en décembre 1925, envoyé pour lichen des bourses.

A l'examen : Lichen corné hypertrophique assez prurigineux (ongles usés), couvrant partiellement le scrotum. Quelques cônes épidermiques en chapeaux de clown assez nettes. Quelques poils du scrotum en dehors du lichen sont atteints de trichosporie noueuse rougeâtre.

Le reste des téguments est à peu près sain, sauf lichénification légère à la racine de la cuisse gauche. Lichen des joues.

Examen microscopique des concrétions : Pas de spores nettes.

OBSERVATION XXXV

C... H..., 20 ans, entré à l'hôpital le 11 décembre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

A l'examen : Lichen corné hypertrophique du scrotum très prurigineux. Poils sains. Quelques papules de prurigo nodulaire au niveau des cuisses. Lichénification des fesses. Aucun parasite dans les squames. Pas de lichen des muqueuses.

OBSERVATION XXXVI

M... K..., 20 ans, né au Soudan, entré à l'hôpital le 12 décembre 1925, envoyé pour lichen du scrotum.

Lésions de lichen corné hypertrophique couvrant partiellement le scrotum. Pas de squames épineuses. Prurit modéré. Nombreux poils du scrotum au niveau et à côté de la lésion atteints de trichosporie noueuse.

Lichénification légère des cuisses. Peau ichthyosique dans l'ensemble.

Pas de lichen des muqueuses. Les concrétions nodulaires sont jaunes, claires, d'autres d'un brun rouge. Nombreuses spores polygonales, en amas, de 7 m/m. de diamètre.

OBSERVATION XXXVII

B... D..., 20 ans, né au Soudan, entré à l'hôpital le 11 janvier 1926, envoyé pour lichen des bourses.

A l'examen : Lichen corné hypertrophique du scrotum couvrant toutes les bourses. Squames très adhérentes. Poils sains. Prurit assez violent. Le reste des téguments est sain à l'exception d'une légère kératose pilaire de la face interne des cuisses.

Polyadénopathie. Lichen des commissures labiales. Pas de lichen de la langue. Le malade déclare que le début de ce lichen est postérieur à son arrivée. Il l'attribue au frottement du caleçon pendant les marches militaires.

Revu le 23 février : A très bien guéri de son lichen des commissures labiales. On a donné comme seul traitement du cacodylate à hautes doses, mais il faut noter que l'on a supprimé le caleçon et les marches militaires. Le malade est hospitalisé depuis son entrée.

B. W. positif 5.

OBSERVATION XXXVIII

K... S..., 20 ans, né au Soudan, entré à l'hôpital le 25 février 1926, envoyé pour lichen du scrotum.

Déclare être malade depuis assez longtemps. L'affection serait antérieure à l'incorporation.

A l'examen des bourses : Squames peu épaisses, assez adhérentes. Quelques squames croûtes. Ablation laborieuse. Pas de cônes épidermiques. Poils sains. Prurit violent. Ongles usés et brillants. Le reste des téguments est à peu près sain, sauf légère kératose pilaire et vitiligo. Ce vitiligo serait con-

génital. « Maman même chose », dit le malade en riant. Il a une localisation symétrique :

1° Au niveau de chaque mamelon et aréole, tache de la dimension d'une pièce de 0,50.

2° Une tache avec décoloration au niveau de la région parotidienne gauche; une autre à la pointe de la mastoïde droite; une, région épigastrique. Pas de troubles de la sensibilité au niveau de ces taches. Pas d'hypertrophie des nerfs cutanés superficiels. Polyadénopathie.

OBSERVATION XXXIX

T... S..., 21 ans, né à la Côte-d'Ivoire, entré à l'hôpital le 13 décembre 1926, envoyé pour lichen du scrotum.

Lichen corné hypertrophique du scrotum avec papules de prurigo nodulaire et de lichen spinulosus sur fond de lichénification avec stries et coloration d'un noir brillant.

Examen buccal : Langue présentant glossite exfoliatrice marginée aux commissures, lésions leucoplasiques avec ulcérations. Plaques opalines sur la face interne des joues.

Lésions cutanées : Prédominance presque exclusive des lésions aux membres inférieurs et aux bourses. Lésions d'hyperkératose sur la face antérieure des jambes, des genoux et le 1/3 inférieur des cuisses, de même face postérieure des avant-bras et coudes.

Examen des bourses : La racine des bourses est lisse et laisse progressivement la place à des lésions de lichénification étendues sur toute la surface antérieure, s'étendant même sur la face postérieure du fourreau.

Observation relevée dans les Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie

(1921, p. 514, par P. NOEL, Médecin des troupes coloniales)

Cette observation est publiée sous le titre : « *Lichen simple circonscrit avec développement sacculaires cutanés et nodosités juxta-articulaires* ». Nous la relevons *in extenso*, renvoyant à plus tard la discussion des faits.

E..., nègre de race Yaoundé (Cameroun), âgé de 50 ans environ, vient au dispensaire pour une lésion cutanée prurigineuse occupant les organes génitaux et la partie supérieure des cuisses et datant, dit-il, d'un an.

Toute la région génitale, le triangle de Scarpa, la partie supéro-interne des cuisses présente un vaste placard lichénifié. La peau est grisâtre, épaissie, sèche, quadrillée de plis séparant des éléments rectangulaires ou losangiques lisses. De chaque côté, occupant le haut de la cuisse depuis le pli inguinal, dans le triangle de Scarpa et en dedans de lui, la peau est décollée et très agrandie, formant une vaste poche, retombant en larges plis longitudinaux comme un scrotum déshabité, poche de grande capacité que le poing ne suffirait pas à remplir, celle de gauche dépassant un peu la dimension de celle de droite.

Les régions pelviennes et sus-pubiennes sont aussi lichénisées; dans la région sus-ombilicale et sur les cuisses, la *lichénification* s'étend de façon diffuse en dehors du vaste placard dont les contours sont assez nets, bien que les modifications des téguments, exagération des plis cutanés et petites papules lisses polygones, s'étendent aux environs.

La peau des bourses est épaissie, à plis cérébriformes, mais pas d'éléphantiasis. Le scrotum pend, très agrandi, mais souple. Quelques excoriations de grattage. Gros ganglions inguinaux, indolores, durs. Prurit violent. Ce malade est porteur, en outre, de nodosités juxta-articulaires très anciennes, dures, sous-cutanées; elles occupent les positions suivantes :

Tronc : Multilobulée, du volume d'un œuf de poule sur la ligne axillaire postérieure à son insertion avec la VIII^e et IX^e côtes droite. Deux médianes, du volume d'un œuf de pigeon, au centre de la région lombaire et à l'extrémité supérieure du pli interfessier.

Membres supérieurs : Deux petites, du volume d'un noyau de cerise, à la face interne de l'extrémité proximale de la première phalange du pouce gauche. Deux grosses comme un œuf de pigeon à l'extrémité supérieure du cubitus gauche. Deux autres symétriques au coude droit.

Membres inférieurs : Une nodosité grosse comme un œuf de poule occupe la région rétro-trôchantérienne gauche. De

même à droite. Les autres, de volume variant d'un noyau de cerise à un œuf de pigeon, sont situées :

Deux, sur la face interne du genou gauche;

Deux, sur la face externe du genou droit;

Deux, au niveau de la tête du péroné gauche;

Deux, semblables, à droite;

Trois, dans la région sus-malléolaire externe gauche et cinq dans la région symétrique droite.

Indolores, elles sont regardées par le malade comme consécutives à une attaque ancienne de Pian, croyance assez répandue dans ce pays.

Ce malade a reçu pour ses lésions prurigineuses, *les seules pour lesquelles il venait consulter*, une pommade cadique dont les effets n'ont pu être constatés, car il n'est plus venu à la visite.

(Dans cette observation, le Docteur Noël paraît attacher une grande importance aux nodosités juxta-articulaires et les placer sur le même plan que les lésions de lichénification. Nous pensons qu'elles sont entièrement indépendantes les unes des autres; d'ailleurs voici ce que dit Le Dantec dans son *Précis de Pathologie exotique* :

« Les nodosités juxta-articulaires ne méritent pas une description à part; elles ne sont pas exclusivement juxta-articulaires; elles naissent là où les os sont en contact immédiatement avec la peau; enfin, elles sont de nature essentiellement variée (filarienne, planique, mycosique, syphilitique, etc.) ».

Pour nous, les productions de lichénification sont des lésions locales, les nodosités juxta-articulaire des productions d'infection générale.

Par contre, l'observation de M. le Docteur Noël nous est d'autant plus précieuse que les termes qu'il emploie sont semblables aux nôtres et cependant nous ne le connaissons pas. De plus, de la brousse, il nous montre jusqu'où les lésions que nous décrivons peuvent évoluer : en une véritable lichénification « *géante* », ainsi que le décrit Pautrier dans ses récents articles.)

TABLEAU CLINIQUE



Lichenification du scrotum et du fourreau - après
décapage des productions cornées.

Symptomatologie

Les noirs viennent consulter pour des lésions du scrotum le plus souvent violemment prurigineuses, quelquefois assez douloureuses au toucher.

A l'examen général des téguments, on remarque soit une atteinte exclusive du scrotum, ce qui est très rare, soit associées aux lésions des bourses à la racine des cuisses, à leur face interne, des lésions classiques de lichénification normale ou des papules polygonales typiques de lichen plan, d'un beau noir brillant, de lichen spinulosus, ou de vraies papules de purigo nodulaire. En somme, on a l'impression que les lésions scrotales ne sont point isolées, mais confondues dans une atteinte symétrique des téguments des cuisses et des organes génitaux par des productions lichénoïdes.

En plus de ces lésions prépondérantes, on trouve assez souvent à l'examen du tégument de régions variées, des productions plus ou moins caractéristiques de trichophytie cutanée dont le diagnostic s'établit très simplement et irréfutablement par l'examen microscopique des squames des régions suspectes ou des râclures d'ongles, après chauffage dans la potasse à 40/100 ou imbibition au lacto-phénol.

A l'examen du scrotum, on constate les lésions suivantes :

Dans la plupart des cas, le scrotum en entier est recouvert d'un placard de squames tantôt grisâtres

ou d'un noir assez brillant. Les bords en sont parfois bien limités, parfois assez diffus. Ils font une saillie de 1 à 5 millimètres de haut au-dessus des téguments sains. Les squames sont dures et sèches au toucher; elles donnent une sensation cartonneuse ou plâtreuse. Elles recouvrent régulièrement les replis normaux du scrotum qui présente dans l'ensemble l'aspect d'une masse cérébriforme.

Par le grattage méthodique, on obtient d'abord une fine desquamation presque pulvérulente, d'un blanc grisâtre, puis on arrive sur une squame très adhérente, très difficile à enlever, qui présente souvent à sa face profonde des prolongements en chapeaux de clown pénétrant dans le derme. Les derniers coups de curette déterminent enfin un léger suintement sanguin.

La dermatose se continue souvent sans transition sur le fourreau de la verge où l'on trouve fréquemment des *papules*, parfois agglomérées en *plaques* circulaires de la dimension d'une pièce de 0,50 ou de 1 fr. surélevées de plusieurs millimètres à contours réguliers d'un noir terne. En tendant la peau, on constate qu'elles sont constituées par une véritable hyperkératose verruqueuse.

A l'examen des squames recouvrant le scrotum, on ne trouve jamais aucun parasite, en particulier pas de spores, par la recherche habituelle au lacto-phénol. Chez quelques malades, les poils scrotaux sont atteints, avec plus ou moins d'intensité, de trichorrexie, parfois aussi de trichosporie noueuse,

A l'examen buccal, on trouve dans quelques cas des lésions typiques de lichen plan des joues et de la langue coexistant avec les lésions scrotales. Plusieurs fois même, au niveau des commissures labiales, existaient des plaques d'un gris nacré, recouvertes de villosités épineuses qu'on pourrait peut-être considérer comme du lichen corné verruqueux des muqueuses.

Cette symptomatologie est celles observée à l'entrée du noir à l'hôpital. Si on lui fait savonner deux ou trois jours de suite ses bourses, les squames disparaissent presque toutes. Il ne demeure plus que la dernière couche, très adhérente et l'aspect de la lésion scrotale est le suivant :

C'est une plaque à forme arrondie, située généralement sur la face antérieure des bourses, débordant sur la peau de la verge. Elle est hyperpigmentée, ressortant sur la coloration brunâtre normale, légèrement surélevée, se continuant peu à peu par une inclinaison graduelle des bords avec le scrotum. La plaque est sillonnée de plis profonds qui parcourent irrégulièrement toute la surface, plus profonds au centre, diminuant graduellement vers la périphérie. Au toucher, la plaque est infiltrée, cartonneuse. La surface des cuisses correspondant à la lésion, offre généralement une pigmentation modérée, une sécheresse particulière et un aspect finement chagriné.

En résumé, la lésion la plus profonde, la plus durable, consiste, comme nous la qualifierons plus tard, en une plaque de lichénification anormale.

Histologie pathologique

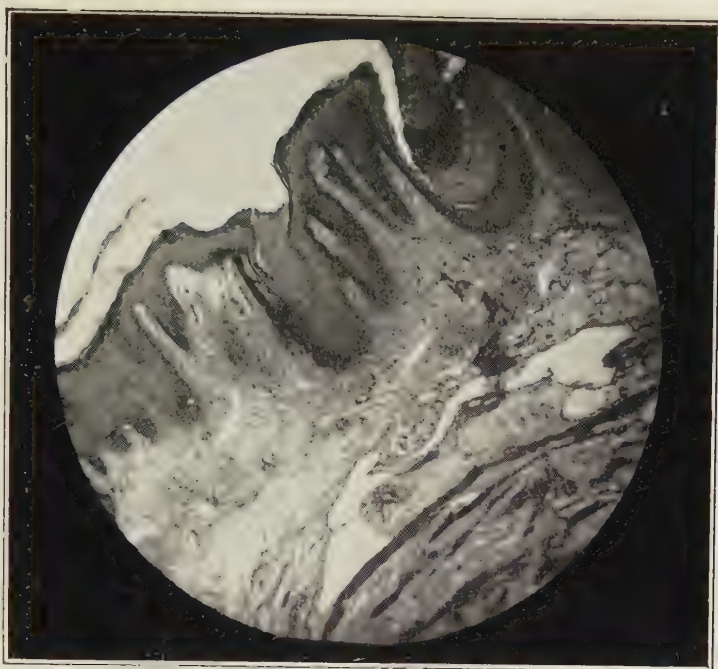
Il nous a été possible de pratiquer une fois une biopsie. Le fragment cutané fut fixé au Bouin et coloré par l'hématéine éosine. Nous en avons fait plusieurs photographies en nous servant d'un appareil photographique ordinaire dont nous avons enlevé l'objectif; à sa place, à frottement dur, nous avons fixé l'extrémité supérieure du tube d'un microscope démunie de son oculaire. L'éclairage était assuré par un bec Bunsen; le temps de pose variait entre 5 secondes et 1 minute.

A l'examen :

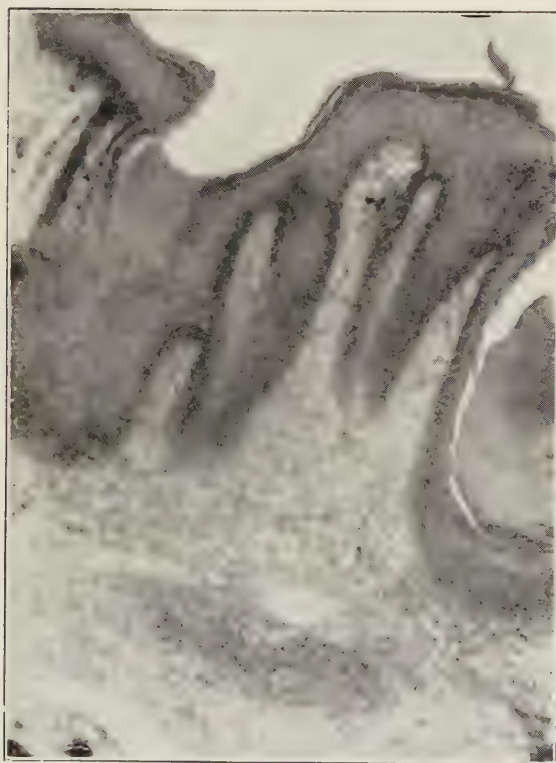
1° A MOYEN GROSSISSEMENT DE LA COUPE

(Objectif 3, oculaire 1)

La coloration jaune safran de la couche cornée très épaissie en certains points et l'épaisseur anormale du corps muqueux de Malpighi, d'un violet sombre, attirent de suite l'attention. Le corps muqueux déroule un feston très irrégulier où alternent des bandes minces plus ou moins longues et, sans transition, des surfaces mamelonnées, capricieuses dans leur dessin et leur étendue. Le derme sous-papillaire est remarquable par la présence, en des points variés, de véritables nodules lymphoïdes dont l'aspect éveille le souvenir de l'infiltration lymphatique de la muqueuse intestinale; mais ici, le groupement des cellules blanches s'ordonne très souvent autour d'un vaisseau dont la lumière blanche s'entoure d'un anneau violet au



Nota : l'Hyperacanthose, le développement et le nombre
des capillaires dans le derme.



Nota : Le nodule lymphoïde périvasculaire dans le derme,
le bloc corné à droite de la figure.

remarquable pointillé. Dans le derme profond, mais avec une bien moindre richesse, de petits follicules lymphoïdes s'insinuent entre les faisceaux conjonctifs.

En somme, il existe une hyperacanthose très marquée, avec hyperkératose et une infiltration périvasculaire du derme.

2° AU FORT GROSSISSEMENT
(obj. 7 ou im. 1/12, ocul. 1)

A. — *La couche cornée*, très fragmentée, affecte aux points où elle entre en contact avec le corps muqueux, par ses blocs massifs de kératinisation, des rapports de contiguité très différents. Là, les cellules remarquablement pigmentées de la peau du nègre se tassent et s'aplatissent à la périphérie de la coupe et leur pigment, concentré, fait une ligne brune continue sur laquelle sont appliquées, en assises régulières, les couches cornées. Ailleurs, il y a pénétration du corps muqueux par de véritables tractus cornés, un bloc corne paraissant s'implanter par de multiples racines dans le corps muqueux. *C'est l'explication histologique* du phénomène observé par le grattage méthodique des lésions scrotales « à la surface profonde des squames très adhérentes que l'on détache, on observe des productions en chapeau de clown, en cône, dont la base reste après la squame, mais dont la pointe souvent se casse, demeurant fixée dans la peau ».

B. — *Le corps muqueux* de Malpighi offre des aspects très variés malgré sa coloration accusée et la régularité de ses couches cellulaires qui l'unifie. Par

place, les papilles le pénètrent en tous sens et ne laissent plus persister entre elles et la couche cornée que trois ou quatre assises à noyaux de suite aplatis. En d'autres points, au contraire, l'exubérance cellulaire se manifeste par des plages épaisses où les noyaux sont volumineux, turgescents, riches en chromatine, avec une couche de cellules prismatiques, denses, très serrées, reposant sur une basale, mince membrane, délimitant exactement le derme ; mais en certains endroits, là justement où s'observe l'hyperacanthose la plus marquée, cette fine basale ne se trouve plus et les cellules malpighiennes s'éparpillent quelque peu dans la couche réticulaire. En ces endroits aussi, les noyaux cellulaires sont de dimensions très variables.

En somme, il y a un certain degré « d'anarchie » cellulaire, à comparer cet état à l'alignement, à la régularité nucléaire et protoplasmique de l'assise germinative normale. Pour accentuer la similitude, qui reste cependant assez grossière, avec une néoplasie en un ou deux points de la préparation, les tractus cornés, « racines » des blocs cornés dont nous avons parlé précédemment, coupés perpendiculairement, se trouvent isolés au milieu de cellules de Malpighi. On aboutit ainsi à une image de pseudo-globe corné avec, au centre, un îlot kératosique, autour duquel se coupent, en cercles réguliers, 3 ou 4 assises cellulaires. Mais bien entendu, il n'y a là qu'une question d'apparence, le globe corné n'est que la signature de l'interpénétration des éléments cornés dans la couche muqueuse et non pas le résultat d'une évolution dans la

profondeur de cellules monstrueuses se chargeant prématurément de kératine.

C. — *Le derme.* Le fort grossissement nous permet des précisions sur les amas lymphoïdes et les vaisseaux développés principalement dans la couche réticulaire. Ces deux formations sont d'ailleurs liées l'une à l'autre, la production lymphoïde s'organisant au voisinage du vaisseau — en général, le vaisseau occupe le centre ou tout au moins est inclus à son intérieur —. Un seul nodule important semble faire exception à la règle, se développer sans rapport vasculaire, mais il est entouré de nombreux capillaires et, probablement la coupe, sur un nodule aussi important, a passé en dehors de l'axe du vaisseau générateur.

Voici la description d'un amas lymphoïde typique :

Au centre, un capillaire volumineux, ne contenant pas de sang à son intérieur, avec ses cellules endothéliales tuméfiées; les entourant, une première paroi épaisse est formée par du tissu conjonctif émanant de plasmocytes disposés en cercle sur trois épaisseurs. Tout autour se disposent, en amas rappelant les cellules lymphoïdes du follicule tuberculeux, cinq ou six rangées de cellules, au noyau contracté, riche en chromatine, au protoplasma très peu abondant. Quelques noyaux forment un cercle régulier; ils sont rares; la plupart sont dentelés ou ovales. Nous assimilons ces cellules à des lymphocytes et des polyblastes avec toutes les formes de transition. En croûte d'épaisseur très irrégulière, une dernière couche de fibroblastes,

mal orientés, plus colorés, moins réguliers que ceux directement en contact avec l'endothélium, sépare notre néo-formation périvasculaire du derme environnant. On pourrait la qualifier, sans exagération, de couche épithélioïde, complétant l'analogie suggérée à propos de la couche lymphoïde.

Le vaisseau remplace la cellule géante, différence fondamentale, mais l'analogie des couches les entourant, démontre irréfutablement l'organisation, la chronicité des lésions dans l'un et l'autre cas. Nous sommes en présence d'une vieille histoire histo-pathologique, avec dominante de cellules inflammatoires. Le qualificatif de dermite chronique se vérifie en toute précision. D'ailleurs, disséminés, solitaires, d'assez nombreux polynucléaires plaident pour une histoire d'inflammation actuelle, qui se continue, — processus inflammatoire faiblement évolutif.

Les faisceaux conjonctifs du derme participent à ce processus, véritable « pandermite ». En quelques points, ils perdent leur « ligne » remarquable pour s'effriter en fibrilles sans orientation, dans un aspect de « chevelu » désordonné. Ce ne sont d'ailleurs que les faisceaux du derme moyen qui donnent cet aspect, cette région semblant évoluer vers la sclérose. Le derme profond conserve son alignement, avec seulement par place, quelques nodules d'infiltration.

Diagnostic

Après avoir passé en revue trois Compagnies de noirs, en garnison à Toulon, et palpant le scrotum de

chaque soldat, rapidement, les noirs se présentant devant nous dévêtus, en un défilé continu, nous avons retiré cette impression que la lésion que nous décrivions était d'une extrême fréquence. Sur 20 hommes, un présentait des lésions nettes, 2 des lésions au début. Sur l'ensemble des hommes (300), 7 nous paraissaient devoir être traités — et notre revue portait cependant sur des Compagnies très bien surveillées médicalement et où cette lésion est diagnostiquée couramment. Puissance de l'idée préconçue !

Dans l'obligation où nous nous trouvions d'un examen rapide, et d'un *diagnostic positif* à peu de frais, trois directives nous guidaient :

1° *Le toucher*. Les téguments sont épaissis, donnant une impression parcheminée, remarquablement secs, rugueux. Grâce au toucher, nous pouvions apprécier de nombreuses lésions au début, simple hyperkératose, semblait-il, et alors peu ou pas prurigineuses. Cette affection cutanée pourrait se diagnostiquer les yeux fermés !

2° *L'aspect*. Mais l'aspect n'est pas moins concluant, avec les saillies et les dépressions au relief « cérébri-forme » d'une plaque siégeant sur la face antérieure des bourses, un peu surélevée, débordant plus ou moins sur le fourreau de la verge.

3° *Le prurit*. Le toucher et la vue ont donné le diagnostic. C'est très rarement qu'à la question « gratter ? » le noir répond négativement. Souvent il est énergique, au contraire, joignant le geste à la parole comme ils le font tous, pour manifester l'intensité de ses sensations prurigineuses.

A ces trois signes cardinaux, dont l'association est pathognomique, on peut ajouter la plupart de ceux que nous avons décrits à l'article de la « Symptomatologie ». Nous nous contentons de citer dans leur ordre de fréquence :

Les résultats fournis par le grattage : une squame très adhérente ; exosérose en dessous ;

La concomittance de lésions de lichénification normale des régions limitrophes ;

La douleur au toucher inconstante.

L'interrogatoire renseignera sur l'évolution très longue.

Pour le diagnostic différentiel, il faut nous placer dans la situation de notre excellent ami, M. le Docteur Esquier, recevant à l'hôpital un noir avec le diagnostic de prurit et lésions cutanées du scrotum.

Ces lésions cutanées ne sont décrites nulle part, la pathologie cutanée du noir étant parfaitement embryonnaire ! Le prurit et la douleur plaident pour une production infectieuse : le Docteur Esquier dit spirituellement « dermite » et il fait entrer le malade dans son service. Puis il cherche à trouver un équivalent nosologique dans la pathologie cutanée du blanc. Le premier terme est « *prurigo vulgaire diffus* ». En quoi, il se tenait dans une attitude excellente d'expectative car, comme le dit Darier, dans son précis de Dermatologie, p. 155, « La question du prurigo est une des plus confuses de la dermatologie. La façon la plus pratique de la trancher consiste à appeler prurigo tout prurit primitif s'accompagnant

de certaines réactions cutanées spéciales qui sont : les papules de prurigo et la lichénisation. »

Mais le problème se rétrécissait bientôt par l'envoi de nouveaux malades, certains se présentant avec des lésions très localisées aux bourses. On entra dans le domaine du « *prurigo circonscrit ou lichen simple chronique de Vidal* ». L'importance des productions cornées faisait préférer la dénomination de « *lichen corné hypertrophique ou lichen verruqueux* ». C'est alors que le Docteur Esquier nous demanda d'étudier le sujet et de considérer les rapports entre ce *lichen corné hypertrophique*, et les *lichénifications cutanées anormales*, mises à l'honneur actuellement par les travaux de M. Pautrier. Le Docteur Esquier pensait à l'identité. Déplaçant le problème, nous ne considérâmes que la lésion circonscrite aux bourses, la plus stable au milieu des lésions cornées, existant souvent d'ailleurs solitaire, sans papules de lichen corné aux alentours.

Or, il s'agissait d'une plaque de lichénification typique. Les autres lésions prêtant à discussion, nous nous attachâmes désormais uniquement à l'étude de cette plaque lichénifiée que des causes locales défiguraient, constituant par des symptômes surajoutés (croûtes, papules, cornées), un véritable syndrome cutané.

Passons maintenant en revue les dermatoses qui, par leur siège au scrotum, pouvaient être confondues avec notre syndrome :

L'eczéma lichénifié. — Celui-ci s'accompagne d'exsudation et de véritables croûtes. Notre dermatose est remarquablement sèche avec des squames croûtes très adhérentes. Pour nous, la distinction a toujours

paru facile. Il ne doit pas en être toujours de même puisque Brocq l'affirme : « Une lichénification primitive peut fort bien se compliquer de quelques vésicules, d'un suintement séreux ou séro-sanguinolent, lequel se concrète en croûtelles. De même que l'eczéma peut se compliquer de lichénification du derme, les lichénifications primitives peuvent se compliquer d'éruptions eczématiformes. »

L'intertrigo du scrotum est suintant à l'inverse de notre lichénification remarquablement sèche.

Le psoriasis des bourses n'est qu'une localisation d'une maladie de tout le tégument. De plus, le grattage montre les caractéristiques des squames.

Le mycosis fongoïde peut débiter par une plaque eczémato-lichénienne; mais le bon état général, la localisation typique dans notre cas, les lésions de lichénification diffuse des cuisses, l'absence de tumeur mycosique, l'examen histologique et l'évolution, trancheraient le diagnostic, d'ailleurs d'exception.

L'épithélioma des ramoneurs se présente en nappe saillante de marche très lente, avec évolution quelquefois crétaée. Au besoin, une biopsie permettrait d'éviter l'erreur qui fut commise sur un malade de M. Bizzozero : au sujet d'une lichénification des bourses d'un blanc, on diagnostiqua une tumeur et on l'extirpa !

Le prurigo de Hébra. Notre dermatose en diffère par sa circonscription, sa tendance moindre à s'eczématiser, par l'absence de la papulo-vésicule ou séropapule pathognomonique du prurigo.

Le lupus scléreux papillomateux : desquamation en squames et croûtes différant de celle grisâtre, adhé-

rente, cornée du lichen. Sensibilité spéciale, absence de prurit, petits abcès et ulcérations.

La sclérodermie en bandes ou en plaques. Sa consistance est lardacée. Sa surface unie, lisse ivoirine, avec un anneau lilas périphérique.

Les syphilides papuleuses ou tertiaires papillomateuses peuvent se grouper et se lichénifier. Elles n'ont pas de facettes brillantes mais elles sont presque toujours squameuses ou squamo-croûteuses. Par contre : pas de prurit accentué dans la majorité des cas — plus nettement circonscrites — guérison par traitement d'épreuve. A noter que, au début de l'observation de ces lésions nouvelles, l'erreur fut commise une fois (Observ. VI).

L'erythrasma ne s'accompagne d'aucune infiltration de la lésion. La plaque est finement squameuse. Dans les squames on peut trouver le « microsporon minutissimum ».

Nous arrivons à la partie la plus intéressante du diagnostic différentiel, avec les différentes variétés de lichen, d'une part, avec les trichophyties et les dermo-épidermites, d'autre part.

Pour les lichens, nous renvoyons leur étude au chapitre spécial que nous consacrons à la lichénification.

1° *Les trichophyties*. — La fréquence des épidermomycoses chez les nègres, la concomitance de lésions indiscutablement trichophytiques par leurs caractères ou par la présence de parasites dans les produits de grattage, tout inclinait vers le diagnostic de trichophytie avec lésions de lichénification. Mais la recher-

che renouvelée et minutieuse de spores ou de myceliums dans les squames de notre dermatose, par l'examen microscopique, l'envoi au Docteur Sabouraud de squames et de poils, afin que lui-même pratiqua les cultures, et il voulut bien le faire, tout fut négatif, — d'ailleurs les lésions n'ont pas une configuration orbiculaire typique et on ne trouve pas de vésiculation sur le pourtour de la plaque.

Nous n'en pensons pas moins que, assez souvent, notre dermatose a pour cause directe une trichophytie plus ou moins fruste, mais n'ayant pas de preuves formelles, nous conservons le diagnostic suffisamment précis de « plaque de lichénification d'étiologie probablement microbienne ou parasitaire — et quelquefois microbienne et parasitaire.

2° *Les dermo-épidermites microbiennes.* — Nous ne cachons pas que le rapprochement de notre dermatose avec les dermo-épidermites microbiennes est une pure hypothèse. Mais écartant la lichénification secondaire à un « eczéma » par le fait de la guérison facile des lésions par une thérapeutique « uniforme », très simple, très rapidement agissante, suffisant à faire disparaître tout ce qui n'est pas lichénification surajoutée, il nous restait à invoquer un facteur de causalité commun aux hommes de race noire et essentiellement simple puisqu'il n'est pas tenace. A notre avis, ce facteur est constitué par la malpropreté. Or nos lésions sont trop sèches pour incriminer une irritation exclusive par des produits de sécrétion macérant dans les plis. Par ailleurs, la malpropreté est synonyme de subinfection latente des téguments.

Dans les écrits de MM. Favre, Sabouraud et Gougerot nous trouvons des points de comparaison. Ainsi, M. Favre : « Nous sommes conduits à rapporter à l'infection les infiltrations squameuses figurées *pseudo-trichophytiques* de la parakératose psoriasiforme. » Ailleurs : « Ces éléments de dermo-épidermite sont caractérisés par des placards secs, squameux, rugueux au toucher, recouverts de squames adhérentes et ne se clivant pas. »

A l'article consacré à l'étude de l'étiologie, nous tâcherons d'accentuer les comparaisons.

Répétons que nous restons persuadés de l'origine microbienne habituelle de notre dermatose. Elle est essentiellement prurigineuse; or, pas de parasites à incriminer; pas de prurit essentiel non plus à invoquer, vu la fréquence de cette dermatose (5 à 10 % des noirs examinés au hasard), vu aussi l'équilibre psychique de ces natures primitives. Par ailleurs, malpropreté évidente, subinfection certaine, par conséquent, des téguments; amélioration immédiate et considérable du prurit par les soins de propreté, et, par conséquent, régression de la dermatose.

Le laboratoire tranchera la question. Les nécessités de l'heure nous interdisent pour le moment d'attendre ses résultats avant de publier notre travail; nous le regrettons profondément.

En terminant, et toujours sur le terrain d'une infection microbienne locale possible, nous pensons que notre dermatose s'apparente au groupe si diffus des « *parakératoses* » aux variétés psoriasiformes. » « Taches rouge vif couvertes de squames *plus ou moins*

adhérentes, pouvant exister en placard unique et dans cette variété la lichénisation n'est pas rare. Enfin, le prurit peut être intense, ce qui expose à une confusion possible avec un prurigo circonscrit. » Cet extrait est de Darier. Il souligne l'importance de notre dermatose, en somme de diagnostic trouble.

Evolution

L'évolution de la dermatose que nous décrivons paraît être très lente. Une fois constituées les lésions sont entretenues par les frottements et les grattages et elles persistent indéfiniment si le noir se trouve dans les mêmes conditions de vie. Par contre, des soins de propreté élémentaire et le repos suffisent, sinon à les faire disparaître entièrement, du moins à les atténuer considérablement. Nous n'avons jamais remarqué, comme dans les lichénifications chez les blancs, que leur disparition entraîne des troubles d'autre nature, qu'il y ait « *alternances morbides entre la poussée de lichen et des crises de goutte, d'asthme, de bronchite ou des algies diverses* », comme l'affirme Mallein.

Les récidives sont fréquentes et nous pensons que le traitement si simple (pommade à l'acide salicylique) qui nous réussit si bien, ne fait que décaper les lésions. La guérison complète demanderait probablement plus de temps et de soins. Faute de biopsie, nous ne pouvons, pour le moment, que formuler seulement ces hypothèses.

De même, parmi nos 40 malades, aucun ne nous a présenté des complications, et, cependant, nous sommes bien certains, vu la fréquence et l'importance de ces lésions scrotales, qu'elles doivent donner lieu à des complications diverses. A elles s'appliquent ce que Le Dantec dit du « *lichen tropicus* », éruptions sudorales, dans son précis de Pathologie :

« Il se complique quelquefois de pyodermite ou d'herpès circiné. En effet, lorsque le prurit est intense le malade se gratte quelquefois avec frénésie. Il se fait alors des excoriations qui sont exposées aux frottements réitérés des vêtements, d'où formation de pustules, quelquefois même de phlegmons. Le malade peut, au moyen de ses ongles, ensemercer d'autres germes sur la peau excoriée — les germes trouvant un bon milieu de culture se développent très rapidement et donnent naissance à des maladies diverses. C'est l'herpès circiné dû à la pullulation des trichophytons qui vient compliquer le plus fréquemment les bourbouilles. »

Traitement

« Dès l'origine, Hippocrate avait fait la distinction entre les affections *de la peau* et celles qui se manifestent *à la peau*. »

C'est un des intérêts, une des particularités de la dermatose inédite que nous décrivons que la facilité de son traitement. C'est en la considérant que la formule de Brocq « la lichénification, réaction cutanée banale » prend le plus de relief. Mais nous sommes

obligés, dans notre cas particulier, de modifier, sinon le sens, du moins l'ordre du traitement qu'il formule contre cette réaction cutanée. Voici son plan de thérapeutique :

1° S'efforcer de calmer le prurit et pour cela modifier l'état général du sujet;

2° Mettre les régions malades à l'abri de tout traumatisme ;

3° Y appliquer des topiques appropriés à l'état local de la lésion.

Ce plan est remarquablement adapté à l'ordre de constitution des lésions des blancs :

1° Prurit, souvent essentiel, par conséquent, qui doit passer au premier plan des préoccupations du thérapeute;

2° Frottement et grattage, nécessaire à l'existence de lichénification vraie;

3° Intrication fréquente des lésions (avec eczéma, lichen plan, etc.), empêchant une thérapeutique locale univoque.

Pour nos noirs, l'ordre suivi par les phénomènes est exactement l'inverse — nous développons ces considérations dans l'étude de la pathogénie.

Pour les résumer, il y a :

1° Etat local défectueux (subinfection, parasitisme) ;

2° Prurit ou traumatisme secondaire, lichénification ;

3° Inquiétude du sujet, prurit empêchant le repos, en somme, atteinte légère de l'état général.

En correspondance avec cette pathogénie s'établit le traitement :

1° Détruire ce « microbisme latent », cet état de subinfection essentiel, à notre avis, dans l'étiologie de notre dermatose. L'eau et le savon seront, associés, les plus simples et les plus efficaces des antiseptiques. Ils feront disparaître, nous nous en sommes rendus compte, la majeure partie des productions cornées remarquables observées à l'entrée des malades à l'hôpital. Sans plaisanterie aucune, ils jouissent non seulement d'un pouvoir thérapeutique, mais plus encore prophylactique. Un nègre propre craindra peu les lichénifications du scrotum.

Ces conseils paraîtront puérils. Et cependant, pourquoi *n'étaient-ils pas suivis* ?

Bien entendu, cette hygiène élémentaire, indispensable, ne suffit pas. Il faut s'attaquer ensuite aux productions de lichénification, et les pommades reprendront le premier rang. D'ailleurs, elles auraient pu le garder toujours. Peu initiés aux subtilités de notre civilisation, nombre de nos nègres allaient puiser dans les pots de pommade qui traînent toujours dans les services de dermatologie. Ils arrivaient triomphant le lendemain matin à la visite, les bourses décapées, alors qu'avec un soin jaloux, nous cultivions leur lésion bénigne en vue du travail actuel. « Moi, gagner graisse », disaient-ils. Il ne persistait plus que le « squelette » de la maladie, la plaque cérébriforme de lichénification. Contre elle, nous usions avec un succès rapide de pommade décapante kératolytique à l'acide **salicylique**.

2° Eviter traumatisme ou prurit, causes de lichénification, sinon suffisantes, du moins prépondérantes. Pour cela, l'hospitalisation du noir, échappant ainsi aux marches militaires, aux frottements continuels du caleçon, donnait les meilleurs résultats. Le prurit lui-même, disparaissant par les soins de propreté et les pommades, on ne fut jamais obligé d'envelopper les bourses dans du tissu imperméable.

3° Quant à l'état général du sujet, chez nos noirs aux nerfs robustes de primitifs, les calmants, hypnotiques, modificateurs de l'état général, ne furent jamais nécessaires. Tout au plus, leur faisions-nous suivre une série de cacodylate quand les lésions scrotales s'observaient concomitamment avec des lésions de lichen plan. Nous sommes loin de la thérapeutique du blanc, chez qui Mallein l'affirme « *le traitement doit être avant tout un traitement général* ».

Le résultat de notre traitement était excellent. En une dizaine de jours, les lésions avaient à peu près disparues. Mais les récidives nous ont paru fréquentes. Nous préférons, pour les expliquer, admettre une propension naturelle des hommes atteints à se gratter et une malpropreté irréductible plutôt que de faire intervenir les qualités hypothétiques d'un terrain spécial.

CADRE NOSOLOGIQUE

Après quelques tâtonnements, nous avons fait pour notre dermatose le diagnostic de « lichénification du scrotum ». Cette partie de notre thèse exposera les arguments en faveur de notre manière de voir, en présentant des extraits, des descriptions des auteurs qui se sont occupés des lichénifications chez les blancs. On pourra ainsi se rendre compte de l'identité des phénomènes observés.

Cette identité nous paraît indiscutable pour les affections ci-dessous nommées et nous considérons toutes les appellations suivantes comme des synonymes :

Lichen circumscriptus (anciens auteurs), lichen hyperkératosique, dermatilis lichénoïdes pruriens de Neisser, prurigo vulgaire circonscrit, prurigo circonscrit, névrodermite circonscrite, eczéma sec lichénoïde de Devergie, eczéma sec chronique de Hardy et Hébra, eczéma lichénoïde, lichen circonscrit, lichen simple de Vidal, lichen simple chronique, prurit circonscrit avec lichénification.

Nous ne nous prononçons pas, bien entendu, quant à l'identité de toutes les lésions accompagnant souvent notre plaque de lichénification, typique, en particulier les papules de lichen corné.

Cela fait 13 synonymes et l'on comprend la réflexion de M. Darier, auteur du célèbre précis de Dermatologie « La lecture des ouvrages anciens est pour nous ardue et décevante, tant il est généralement difficile de savoir de quoi il est question ».

Les lichenifications anormales

HISTORIQUE. — Nous reproduisons l'historique étudié par Brocq dans un de ses premiers articles sur la lichénification (*Gazette des Hôpitaux*, février 1892, p. 197) :

« Quand on veut étudier dans les divers traités de Dermatologie la question du lichen, on est extrêmement frappé de voir que ce mot n'a plus du tout la même signification, suivant que l'on prend les vieux auteurs anglais et français, tels que Witt Bateman, Bielt, Cazenave, Schedel, Rayet, Devergie, Gibert, Bazin ou suivant que l'on consulte les ouvrages du chef de l'école de Vienne : Ferdinand Hébra et ceux de ses nombreux disciples.

Pour les premiers, les lichens étaient des dermatoses caractérisées à leur période d'état par des papules agglomérées ou discrètes, plus ou moins prurigineuses et s'accompagnant à une certaine période de leur évolution, d'un épaissement de la peau, avec exagération de ses plis naturels. Cette définition trop vague les avait entraînés à ranger dans ce groupe les affections les plus diverses. Aussi cette conception des lichens n'a-t-elle pu résister à la critique. On a démontré que leur « lichen pilaris » devait être rangé à côté de l'ichthyose sous le nom de kératose pileuse; que leur « lichen urticatus » devait être rattaché à l'urticaire; leur « lichen tropicus » aux éruptions sudorales, etc. S'inspirant de certains de leurs travaux, Hé-

bra a cependant dégagé de leur « lichen agrius », de leur « prurigo mitus et formicans », une entité morbide distincte à laquelle il a donné le nom de prurigo (prurigo de Hébra, de M. le Docteur Et Besnier).

Tous les autres faits, décrits sous le nom de « Lichen simplex aigu ou chronique », de « lichen circonscrit », il les range dans les eczémas de telle sorte que pour le chef de l'école de Vienne, les anciens lichens n'existent plus comme groupe morbide; il ne décrit plus sous ce nom que des dermatoses qui ne sont pas simplement accompagnées de la formation de papules, mais qui sont aussi caractérisées par ce fait que ces papules ont une forme typique et qu'elles persistent pendant tout le cours de l'affection sans jamais se transformer en efflorescences d'un degré supérieur, telles que vésicules ou pustules; elles accomplissent toute leur évolution comme papules (Hébra et Kaposi).

Le mot lichen est, dès lors, réservé par l'école de Vienne pour désigner deux affections : 1° le lichen scrofulosorum qui n'est, en réalité, qu'une folliculite pilo-sébacée ;

2° Le lichen ruber et ses diverses variétés : lichen ruber planus, acuminatus, obtusus, moniliformis, cornéus, atrophicus.

Cette réforme radicale de l'école de Vienne a été acceptée, presque sans discussion, par tous les dermatologistes français et étrangers. Seul, notre excellent et très honoré Maître, le Docteur V. Vidal, a fait entendre, en 1886 et 1889, d'énergiques protestations.

Nous avons repris l'étude de cette question depuis

1886, et dans une série d'articles, dont l'un a été fait en collaboration avec notre excellent ami, M. le Docteur Jacquet, nous croyons avoir démontré que la simplification proposée par l'école de Vienne, simplification qui est actuellement adoptée de tous, est vraiment trop radicale, qu'elle ne saurait s'accorder avec les faits d'observation journalière et que l'étude des anciens lichens doit être reprise sur une base nouvelle. »

Ainsi, entre les eczémas, d'une part, et le lichen ruber, d'autre part, qui forment deux pôles, Brocq détermine une dermatose spéciale qu'il dénomme *lichénification*.

SYMPTOMATOLOGIE. — La plaque de lichénification se développe surtout dans les points où la peau est tendue et sur les régions sudorales. Le prurit en est « le symptôme premier et capital » (Brocq); au début, il survient par crises irrégulières, sans aucune réaction de la peau. Puis celle-ci devient un peu grenue, chagrinée et prend une coloration plus foncée. Bientôt, les papilles dermiques prolifèrent donnant des papules de 1 à 3 m/m., séparées par des sillons qui, en s'entrecroisant, forment quadrillage. Quand la lésion est constituée, elle forme un placard d'étendue variable, de forme allongée, ovulaire ou semi-circulaire. Cette lésion peut siéger en un point quelconque, mais surtout *face interne des cuisses, à leur partie supérieure, au voisinage du sillon génito-crural, aux parties latérales de la base du cou, à la région de la nuque et aussi dans la région sacrée, ou la partie anté-*

rieure des jambes ou des avant-bras, *citons enfin le scrotum*.

La plaque de lichen ne présente pas des limites absolument nettes ; le maximum d'intensité de la lésion se trouve au centre ; à la périphérie, elles s'estompent. La partie centrale de la région est indurée, épaissie, saillante et brunâtre, rude au toucher. Il y a une véritable hyperplasie de la couche papillaire et du derme : dans ce tissu infiltré, on ne distingue plus de papules, mais on y voit des sillons plus ou moins profonds, à directions parallèles, formant deux groupes se coupant à angles aigus ou droits et limitant de petits losanges donnant l'image d'un quadrillage très caractéristique. Parfois, un seul groupe est nettement marqué ; on ne voit guère que des sillons parallèles ; parfois, dans les très vieilles lésions, les plis s'atténuent et les espaces qu'ils limitent apparaissent sous forme de bosselures irrégulières. A la surface du quadrillage ou des bosselures existent des squames grisâtres adhérentes, des excoriations, des croûtelles consécutives.

En dehors de cette zone centrale, se trouve une zone plus ou moins nette où l'on voit des papules plus ou moins mal limitées, à surface brillante, parfois hémisphériques et quelquefois squameuses. Tout à fait à la périphérie enfin, et formant la transition avec la peau saine, la peau est brunâtre et finement quadrillée. Mais souvent, ces lésions sont fort peu marquées et la *partie centrale* que nous avons décrite constitue à elle seule *à peu près toute la lésion*. Cette plaque de lichen simple chronique ne s'accompagne pas d'autre symp-

tôme que du prurit. Celui-ci est constant, mais d'intensité variable.

En lisant parallèlement, cette description que nous avons écrite en colligeant des articles d'auteurs différents (Brocq, Mallein) et en leur comparant la nôtre, on est frappé par leur similitude. La douleur, inhabituelle aux lésions de lichénification et qu'accuse cependant quelques-uns de nos noirs lorsqu'on touchait leur plaque scrotale, n'est pas pour nous étonner. Nous plaçons à la base de leur lésion un processus inflammatoire; la « Dolor » des anciens auteurs cadre bien avec notre conception. Leur lichénification est une lichénification secondaire, car voici ce que dit Brocq lui-même de sa dermatose :

« La lichénification peut s'observer dans les états morbides les plus divers et elle ne doit être considérée que comme un *syndrome*. Elle ne peut donc caractériser à elle seule un groupe pathologique bien défini et devenir la base d'une classification. C'est pour ne pas en avoir compris la valeur réelle que les dermatologistes ont commis tant d'erreurs à son égard. Les uns, la voyant coïncider avec une autre dermatose bien définie (et en particulier avec l'eczéma), ont cru que dans tous les cas, elle se reliait à cette dermatose (et l'on considérée comme une simple variété d'eczéma); les autres, ayant observé des faits incontestables dans lesquels ce processus de lichénification s'était produit d'emblée sans autre dermatose antérieure, lui ont attribué trop d'importance intrinsèque et ont eu trop de tendance à faire, de tous les cas divers dans lesquels ils le constataient, des variétés à part

d'une grande dermatose à laquelle ils donnaient le nom de lichen. Telle est la clef de toutes les confusions qui ont obscurci cette question. »

ETIOLOGIE. — Pour que la lichénification existe, il faut le frottement et le grattage sur un terrain prédisposé, dit Brocq. Dans l'article consacré à l'étiologie, nous montrerons que chez nos noirs, ces trois considérations sont remplies.

EVOLUTION. — Les deux dermatoses ont aussi une marche parallèle. « L'évolution des plaques de lichen simple chronique est toujours lente. Quelques-unes peuvent rester stationnaires pendant des mois et même des années. La guérison est annoncée par la diminution du prurit et l'affaïssement des lésions ».

Il n'y a que sur le point des alternances morbides que nous différons, n'en ayant jamais observé, mais rien ne prouve qu'elles n'existent pas et d'ailleurs elles ne sont pas admises par tous.

L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Elle nous fait conclure impérieusement, elle aussi, à une identification de notre dermatose avec une lichénification anormale.

Pour tous les auteurs admettant la lichénification, les lésions sont constituées par de l'hyperkératose, de l'hyperacanthose « quelquefois monstrueuse » de l'épiderme avec prolifération des cellules du corps muqueux; dans le derme, il existe de simples lésions irritatives du tissu conjonctif périvasculaire ; aucune lésion d'ordre infectieux. Ce sont des lésions d'inflam-

mation banale de la peau, « simple dermite », dit Brocq.

A quelle forme de lichénification appartiendrait notre dermite ? Voici le tableau de la lichénification tracé par Brocq et développé dans la suite par Brocq lui-même et Pautrier :

Cinq formes de lichénification anormale :

1° *Formes hypertrophiques.* — Lésions à développement considérable, simulant de véritables tumeurs et constituées par des infiltrations profondes, éléphantiasiformes, limitées.

2° *Formes hyperkératosiques.* — Lésions papuleuses, hémisphériques, sèches, dures, recouvertes de squames fines, grisâtres, adhérentes de grosseur, variant de 3 à 10 millimètres de diamètre.

3° *Lichénification diffuse de la face.* — Peau de la face sèche, rugueuse, sillonnée de quadrillages. Masque facial immobile.

4° *Lichénification du cuir chevelu.* — Localisation élective à la nuque, épaissement remarquable de la peau, couverte de squames fines et adhérentes, avec crises de démangeaison paroxystique.

5° *Lichénification de la paume des mains.*

Les troisième et cinquième formes ne nous intéressent pas. De par leur localisation, elles prennent des caractères particuliers sans analogies avec les nôtres. Il n'en est pas de même pour la lichénification du cuir chevelu qui, sinon par les dimensions des squames plus petites, rappelle trait pour trait notre dermatose.

Quant aux deux premières formes, aucune ne satisfait complètement à notre description. Il n'en est pas de même de leur association et nous arrivons au diagnostic de : « *lichénification cornée du scrotum à forme hypertrophique* ». C'est un diagnostic nouveau, mais notre cas est complexe, atypique, insolite.

Voici donc nos lésions scrotales liées à la question des lichénifications. Celle-ci est mise très à l'honneur actuellement par les travaux de Pautrier. Il n'en reste pas moins vrai qu'elle est encore très discutée et cette deuxième partie de notre travail sera consacrée à l'examen de ces discussions.

Brocq lui-même s'est longtemps demandé avant de placer les lichénifications parmi les réactions cutanées pures, s'il ne les classerait pas parmi les lésions élémentaires secondaires de la peau, à côté des squames, excoriations, ulcérations, fissures, croûtes, cicatrices. Mais il pense actuellement « *qu'il vaut mieux considérer les lichénifications comme des processus morbides spéciaux et non comme de véritables lésions élémentaires cutanées* ».

Nous allons relever maintenant les opinions divergentes des auteurs qui se sont occupés de la lichénification. La plupart se contentent d'apporter une explication du phénomène en admettant son individualité nosologique. Ainsi pour Sabouraud « *la lichénisation n'est qu'une séquelle de l'impétigo* ». Brocq n'est pas de cet avis. Nous sommes loin d'avoir les arguments pour départager des auteurs de cette classe ! Il nous suffit, pour le moment, que notre diagnostic reste sauf. Nous nous réservons, à l'article que nous

consacrons à l'étiologie, d'étudier plus profondément les rapports unissant les lichénifications aux dermo-épidermites.

De même, Tôrôk, alors que Brocq affirme que « *pour produire la lichénification il faut le frottement et le grattage* », Tôrôk dit: « Toute irritation mécanique ou chimique convenablement modérée et durable, chronique, produit comme réaction de la lichénification de la peau ». C'est toujours une question d'étiologie qui est débattue et non de diagnostic. D'ailleurs, question d'étiologie que nous retrouverons tout à l'heure.

Il n'en est plus de même pour les affirmations de M. Dind et de M. Kaposi.

Pour M. Dind, « *le lichen est une maladie infectieuse* d'allure chronique débutant soit, exceptionnellement, par une poussée généralisée, soit par un accident local susceptible de demeurer tel pendant de longs mois et même de longues années, susceptible d'autre part d'aboutir rapidement à des troubles cutanés généralisés, susceptible encore de réaliser des lésions secondaires, à plus ou moins longue échéance, sous forme d'*accidents* circinés *isolés* ou multiples ».

Voici notre diagnostic mis en jeu, et notre tableau clinique! et notre évolution! et notre thérapeutique! Il nous faut prendre position. Modifier notre diagnostic de plaque de lichénification circonscrite en celui de lichen plan avec accident local? Il est vrai que, assez souvent, nos malades présentent, soit des papules de lichen plan typique de la peau, soit des arborisations buccales de cette maladie. Mais à cela, Brocq ré-

pond : « La lichénification se superpose au lichen plan comme à l'eczéma, comme au prurigo, comme à presque toutes les dermatoses prurigineuses ». Puis, plus souvent encore, la lésion est isolée, évolue comme une production locale bénigne, disparaît avec facilité, est nettement influencée par le prurit. Tout ceci va nettement contre l'hypothèse de lichénification, simple forme de lichen plan. D'ailleurs, cette hypothèse est gratuite : pas de microbes isolés, lésions histologiquement différentes. Pour notre part, nous sommes convaincus. Pour plus de détails, nous renvoyons à l'article de Brocq (voyez Bibliographie) « Objections à la conception des lichénifications ».

Disons, en passant, que nous distinguons nettement notre plaque de lichénification anormale du lichen corné qui, si souvent, l'accompagne. C'est à l'article de l'étiologie que nous étudierons la question si délicate du rapport possible, dans notre cas, entre ces deux lésions cutanées.

Dans ce même article, Brocq s'attaque aux affirmations de Kaposi, successeur et continuateur de Hébra, professeur viennois, qui, niant toute individualité aux lichénifications, les assimilent aux eczémas. Voici ce qu'écrit Kaposi :

« Nous croyons pouvoir faire observer que c'est Ferdinand Hébra, dans son travail capital sur la gale en 1884, qui a établi sur la base de l'expérimentation et de l'observation clinique cette doctrine, à savoir :

Que le grattage (et par conséquent toutes les formes du prurit qui provoquent le grattage) peut causer toutes les formes possibles d'eczéma.

C'est donc Hébra qui a ainsi fait la véritable brèche dans les conceptions anciennes, c'est-à-dire la théorie de la Crase. Véritablement, cette formule « le grattage engendre l'eczéma » est bien plus simple que « lichénification » et « eczématisation », et tous les autres termes introduits par Brocq; en tout cas, dans l'intérêt de la vérité historique, il faut protester contre cette idée que ce serait Brocq qui aurait découvert que le grattage engendre l'eczéma. C'est Hébra qui l'a fait et cela en 1844. »

La lecture des travaux de Brocq et l'étude de nos cas nous permettent de juger que Brocq n'est pas trop sévère quand il juge que Kaposi « ne s'est pas donné la peine d'étudier ses travaux et de les comprendre ». Citons sa réponse, sans appel, pour qui observe des lichénifications :

« Non! nous n'avons pas voulu ravir à F. Hébra l'honneur d'avoir démontré que le grattage engendre l'eczéma et nous savions parfaitement bien, au moment où nous avons fait connaître notre lichénification, que Ferdinand Hébra avait depuis longtemps soutenu cette théorie.

Nous avons, tout au contraire, voulu démontrer par l'observation précise des faits cliniques *que le grattage peut, chez certains sujets, provoquer l'apparition d'une lésion banale de la peau qui ne doit pas être rangée dans l'eczéma, car, au point de vue objectif et évolutif, elle a des allures spéciales bien différentes de celles des dermatoses; auxquelles, d'après nous, on devrait réserver le nom d'eczéma.* »

Passons aux auteurs « de notre bord ». Nous ne pouvons résister au plaisir de reproduire presque en totalité une des observations que Bizzozero a publiées dans un article intitulé « Des formes anormales de lichénification » dans les Annales de Dermatologie de 1924.

« R. C.,, âgé de 63 ans, cordonnier. A l'exception d'une pneumonie, n'a jamais eu d'autre maladie digne d'être signalée. Il n'est pas marié, n'a jamais contracté de maladie vénérienne, de tempérament facilement excitable, et buveur modéré. La dermatose qui nous occupe commença il y a neuf mois au scrotum par des démangeaisons d'abord légères, ensuite toujours plus intenses, par intermittence, le plus souvent le soir par accès, que le malade avait appris à prévenir en partie par des applications de compresses chaudes.

Ces démangeaisons apparaissaient assez rarement aussi pendant la journée et, dans ce cas, l'accès était beaucoup moins intense et de plus courte durée. Quand l'accès se manifestait le soir, le malade était obligé de se faire un grattage énergique et prolongé. Peu après l'apparition de la démangeaison, le malade remarqua sur le scrotum la présence de nodules épars, petits d'abord, mais qui, graduellement, gagnèrent en hauteur et en extension, de sorte qu'ils finirent par confluer entre eux, formant la lésion qui existe actuellement.

Etat actuel : *Urine* : albumine, 0; sucre, 0; indican, quantité minime. *Sang* : globules rouges, 4.420.000; globules blancs, 7.600. *Formule leucocytaire* : neutrophiles, 70 %; petits lymphocytes, 15 %; grands lymphocytes, 10 %; éosinophiles, 2 %; basophiles, 1 %. *Formes de passage*, 2 %. Wassermann négatif. Réflexes légèrement accentués. Rien d'anormal aux organes du thorax et de l'abdomen. Les fonctions gastro-intestinales se font normalement. Rien à l'urètre et la prostate.

La lésion qui nous intéresse a une forme arrondie et un diamètre de 6 centimètres et est située sur la moitié du côté droit du scrotum. Elle s'élève brusquement sur la peau atteignant la hauteur d'un centimètre, sa surface est régulière, toute recouverte d'épiderme, nulle part humide. Les bords ne

tombent pas droits, mais sont légèrement inclinés. La lésion, outre que par le relief, se distingue par les caractères suivants :

1° Par la couleur uniformément rosée sur toute son extension, qui ressort nettement sur le fond pigmenté du scrotum;

2° Par les plis profonds qui parcourent irrégulièrement toute la surface lui conférant ainsi un aspect cérébriforme, et la profondeur desquels, plus grande dans la partie centrale, où elle rejoint jusqu'à 5 millimètres, va graduellement en diminuant vers la périphérie. Ces plis limitent des îlots de peau de la grosseur d'un grain d'orge à celle d'un grain de maïs et même plus, de forme arrondie, ovale, allongée, irrégulière, ayant une surface lisse ou légèrement convexe, parcourue par des plis à peine visibles. Les îlots de peau ainsi limités, sont adossés les uns aux autres; si on les écarte, on observe que, même dans les surfaces réciproques de contact, celles-ci sont revêtues sur toute l'extension d'une couche d'épiderme sec. La plaque de consistance, assez dure, est nettement circonscrite par la peau saine environnante.

Vers la ligne médiane du scrotum, entre la lésion dont nous parlons et la peau saine, est interposée une zone où la peau est dépigmentée, sèche, parcourue de plis un peu plus profonds que normalement, qui limitent des carrés ou des losanges minuscules. Ces plis sont plus accentués au voisinage de la lésion que vers la peau saine. Le reste de la plaque confine avec la peau normale.

A la région inguinale droite, on palpe quelques ganglions tuméfiés, durs, mobiles, non douloureux. La surface de la cuisse droite correspondante à la lésion, offre une pigmentation modérée, une sécheresse particulière et un aspect finement chagriné.

Elle aussi est le siège de démangeaison.

A la région de flexion du poignet gauche, on note une petite tache analogue, nettement circonscrite, large comme une pièce de monnaie de 10 centimes, qui démange par accès et dans laquelle les plis sont plus profonds que normalement. Cette tache se manifesta environ deux mois avant la lésion du scrotum.

Il n'y a aucune autre altération sur tout le reste de la peau.

Lorsqu'il y a 14 ans le malade se présenta à la visite, je fus très perplexe, ne me sentant pas certain de formuler un diagnostic. Je crus devoir de suite exclure celui d'épithélioma (diagnostic qu'avait posé le chirurgien qui m'appela en consultation, et qui, contrairement à mon avis, procéda à l'exérèse), malgré la tuméfaction des glandes de l'aine correspondante, à cause des bords nettement tracés, du manque d'ulcérations et de la dureté caractéristique. Et pour des raisons évidentes, je ne m'arrêtais point non plus à l'hypothèse du fibrome ni du sarcome. La concomitance de lésions typiques de lichénification et la démangeaison par accès, me firent plutôt penser qu'il ne s'agissait pas d'une forme anormale de lichénification, de sorte que sur l'histoire clinique, que je laissai dormir dans le tiroir pendant tant d'années, j'écrivis : neurodermite avec un point interrogatif. Mais comme le tableau clinique offert par le malade était très différent de celui des lichénifications ordinaires et que, par contre, les études de Brocq et Pautrier n'étaient pas encore bien connues, je ne me sentais pas autorisé à établir ce diagnostic.

Mais, dans l'article d'où nous avons tiré l'observation, Bizzozero n'hésitait plus. Or, l'identité est véritablement frappante.

Les études de Pautrier sur la lichénification géante ne sont pas moins suggestives. Voici le résumé du tableau qu'il dresse de cette dermatose :

« Nous avons essayé de démontrer qu'à côté du syndrome classique de la lichénification, tel qu'il a été établi par les travaux de Brocq, pouvaient et devaient prendre place dans le cadre étendu de la lichénification un certain nombre de types objectifs qui occupent encore une position ambiguë ou franchement erronée dans les classifications dermatologiques : ainsi, la lichénification géante.

Siège. — Elle paraît avoir un siège d'élection que

nous retrouvons dans presque tous les cas, *la région génitale et la région inguinale*. Chez l'homme, elle occupe surtout le scrotum, la racine et la partie supérieure des cuisses, le pli inguinal.

Aspect objectif. — Ce sont des placards, de forme irrégulièrement arrondie ou ovalaire, formant toujours une saillie très appréciable au-dessus des téguments sains. La limite est plus ou moins précise; la lésion s'élève en général en pente douce.

Les téguments environnants sont quelquefois sains. Plus souvent, ils sont légèrement pigmentés, de couleur bistre, présentent un aspect velvétique, une ébauche plus ou moins nette de quadrillage apparent de la peau, bref, les signes d'une lichénification normale. La surface de la lésion n'est jamais lisse, quelquefois elle prend un aspect cérébriforme.

Au palper, ces lésions sont fermes et résistantes, quelquefois franchement dures et on s'aperçoit qu'elles reposent sur une nappe d'infiltration qui occupe tout le derme et quelquefois va jusqu'à l'hypoderme.

Phénomènes subjectifs. — Le prurit est le symptôme majeur qui accompagne la production de ces lésions. Un interrogatoire serré permettra même souvent de se convaincre qu'il les a précédées. Il est plus ou moins violent, presque toujours vif et parfois se produit par crises très violentes. Dans le cas de lésions isolées, le prurit paraît localisé au niveau des lésions mêmes.

Evolution. — Les lésions de la lichénification géante ne paraissent se constituer qu'après plusieurs semaines et même plusieurs mois de traumatismes répétés

dus au grattage, provoqué par le prurit et s'exerçant au niveau des lieux d'élection. Une fois constituées, elles sont entretenues par le prurit et le grattage.

Diagnostic. — Un dermatologiste non averti peut penser à un mycosis fongoïde, un syphilome en nappe, un état éléphantiasiforme, un épithélioma papillaire végétant, un sarcome. Mais la constatation du prurit toujours assez intense, souvent violent, le fait parfois établi de façon patente qu'il a précédé l'apparition des lésions, la constatation de lésions de lichénification normale, plus ou moins accentuées au voisinage des pseudo-tumeurs, la disparition rapide de ces dernières sous l'influence de simples traitements anti-prurigineux, donnent le diagnostic de lichénification. La biopsie au besoin confirmerait. »

Nous n'hésitons pas à affirmer que l'observation du Docteur Noël rentrait dans le cadre des lichénifications géantes.

Conclusion sur l'étude de la lichénification

Bizzozero, dans un article publié dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* (voy. Bibliographie), après l'exposé de quelques cas de lichénification anormale, termine par une apologie de la notion de la lichénification que nous ne pouvons que reproduire, tant ils expriment parfaitement notre pensée :

« Peut-être les auteurs ne seront pas tous d'accord pour reconnaître le groupe des lichénifications anormales; à quelques-uns, il paraîtra un peu arbitraire

de grouper parmi elles, sous une dénomination commune, des formes qui sont si différentes morphologiquement et l'on pourrait croire qu'au lieu d'apporter des éclaircissements, cela puisse engendrer de la confusion dans le tableau si bien individualisé de la lichénification. Cependant, je trouve ce doute injustifié.

En effet, dans la dermatologie, la raison qui a présidé jusqu'à maintenant à la classification est de nature primitivement morphologique et cela dépend de l'obscurité qui règne sur l'étiologie d'une grande partie des dermatoses. Mais là où elle est connue, la morphologie perd sa valeur comme élément de classification pour céder la place au facteur étiologique. Or, à cet égard, nous nous trouvons en face de lichénifications dans une condition qu'on peut nommer privilégiée, car grâce à Brocq, nous possédons une donnée pathogénique commune à toutes les variétés, constituée par l'apparition des *altérations cutanées, à la suite du grattage* provoqué par un prurit violent, qui peut être primitif s'il se présente sur une peau saine apparemment, ou secondaire à d'autres dermatoses prurigineuses (eczéma, parakératoses psoriasiformes). Les lésions cutanées représentent donc une réaction spéciale de la peau vers ce traumatisme continu constitué par le grattage, et il n'y a aucun motif de s'étonner que cette réaction, ainsi qu'on l'observe en beaucoup de dermatoses, soit par prédisposition individuelle, soit à cause des conditions spéciales de la peau de cette région, puisse revêtir des aspects qui sont si différents entre eux. De la même manière qu'un agent

morbide, pathogène, permet de réunir en une seule et même entité morbide les lésions disparates de la syphilis (tréponème pâle), de la tuberculose (bacille de Koch), de la lèpre (bacille de Hansen). Pour citer textuellement les paroles de Brocq, le traumatisme représenté par le frottement qui est à la base de toutes ces formes différentes, en fait une seule famille baptisée justement par Brocq lui-même, du nom de lichénification, le nombre extrêmement limité de personnes qui réagissent au grattage par la formation de lichénifications anormales, vis-à-vis de celles qui répondent dans les mêmes régions du corps par des lésions communes de la lichénification, prouve que la prédisposition individuelle est nécessaire à l'apparition de formes anormales. L'importance de la constitution régionale de la peau est prouvée par la prédilection des lichénifications hypertrophiques pour les zones où la peau est particulièrement fine et de structure relâchée comme l'est celle du scrotum, de la hanche et de l'aîne, par l'aspect spécial qu'assume le même processus selon qu'il se développe sur le visage, sur le cuir chevelu, sur la paume des mains, tandis que, sur d'autres parties du corps du même individu, peuvent exister des zones de lichénification commune. »

A mon avis, ces formes anormales fournissent une nouvelle preuve de la théorie de la lichénification, car si les formes communes à cause de leurs données morphologiques ont pu être assimilées par quelques auteurs à l'eczéma, au lichen planus, les formes anormales sont si différentes de la lichénification ordinaire

que toute confusion entre elles devient impossible et qu'il nous semble absolument nécessaire de considérer les lichénifications comme une entité morbide à soi.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Étiologie

« L'esprit humain, dans son développement, comme celui des enfants, est bien plutôt porté à rechercher le « pourquoi » des phénomènes qu'à analyser ceux-ci, à étudier leur comment et à préciser leurs caractères. »

(DARIER.)

Nous voulons rester, au cours de cette étude, sur un terrain strictement scientifique, sans nous lancer dans des hypothèses aventureuses sur l'étiologie du lichen du scrotum du noir. Et cependant, la tentation est grande de donner une explication formelle d'un phénomène cutané qui intrigue actuellement de nombreux dermatologistes. Nous sommes dans une « *situation privilégiée* » : une lésion bien connue apparaissant sur un terrain neuf, nous voulons dire mal étudié. Par les qualités de ce terrain, par l'étude de la peau du noir si particulière dans ces réactions, par l'observation approfondie des causes spéciales qui agissent sur elle, et en confrontant les résultats avec ceux donnés par l'étude de la peau du blanc, on doit trouver « *la clef* ». Dans cette lutte sans fin entre *la cause externe* qui veut tout expliquer et *le terrain* qui veut tout engendrer, nous pourrions peut-être transformer un « *argument de probabilité* » en un « *argument crucial* ». Hélas ! il nous faut reconnaître l'insuffisance actuelle de notre documentation, et de notre lichen nous dirons : « C'est une dermatose objective-

ment bien définie, objectivement simple, mais étiologiquement complexe ».

Mais nous ne déposons pas les armes, et nous allons passer longuement en revue les causes susceptibles de donner naissance à ces lésions de dermite, particulièrement fréquentes dans la race noire. Elles sont loin d'avoir, à nos yeux, chacune la même importance. Suivant les conseils de Brocq, nous distinguons deux « *dominantes étiologiques* » : le traumatisme cutané s'exerçant sur une peau « subinfectée » ; ou plus vulgairement le grattage sur une peau malpropre.

Ces deux facteurs agissent au mieux, favorisés par un terrain : la peau du nègre, et par une prédisposition régionale : le tégument du scrotum.

A. — Le terrain

I. — LA PEAU DU NÈGRE. — Elle est évidemment différente de celle du blanc, et non seulement par sa couleur, variable d'ailleurs suivant les races, mais par sa finesse, son grain très fin, son brillant particulier au nègre en bonne santé. Comme le faisait remarquer mon ami le Docteur Esquier, paraphrasant Sabouraud, beaucoup de femmes envieraient sa perfection, car, ajoutait-il : « *In pelle omnis pulchritudo* ». Au toucher, on n'éprouve pas non plus la même sensation avec elle et avec la peau du blanc : elle est luisante, glissante, donnant la sensation éprouvée en passant le doigt sur le dos de sa main (de blanc) après s'être lavé à l'alcool et avoir laissé ce liquide s'évaporer après un rapide essuyage.

Il est bien certain que cette peau de nègre doit posséder des réactions spéciales aux agents extérieurs. Or, ces réactions se font précisément dans le sens de l'hyperkératose et à la lecture de l'article suivant, intitulé « Hyperkératoses et chéloïdes » du livre de Wurtz et Thiroux, sur les maladies tropicales, tel dermatologiste s'occupant de lichénification, aurait pensé sans doute avec nostalgie à un voyage fécond en Côte d'Ivoire.

Voici cet article :

« Chez les nègres, en dehors des hyperkératoses plantaires et palmaires souvent accompagnées de fissures que l'on rencontre dans la lèpre, dans le tokelau, le pian et les caratès, les hyperkératoses se rencontrent également *en dehors de toute espèce de cause pathologique* au niveau des coudes, des genoux ou dans la région trochantérienne. Elles sont dues au frottement des téguments contre des objets, chez les indigènes qui couchent ou s'accourent presque nus sur le sol. *La peau chez les noirs semble d'ailleurs être très sujette à produire ces hyperkératoses* qu'on rencontre très souvent aussi sous la forme de véritables végétations développées sur des cicatrices provenant de plaies très insignifiantes; les cicatrices de clous ou de pustules vaccinales sont ainsi très souvent recouvertes chez eux de chéloïdes dures et sclérosées. Les tatouages se recouvrent souvent aussi de ces végétations cutanées dont certaines peuplades arrivent même à provoquer la formation par irritation des plaies ou des dessins de tatouage, tellement *la race semble prédisposée à leur formation.* »

L'hyperkératose facile de la peau du noir est une notion évidente pour qui approche les noirs. Leurs coudes présentent avec une extrême fréquence, une accentuation des plis cutanés avec épaississement des téguments, donnant au pincement une sensation parhéciminée particulière. Les trichophyties cutanées observées journellement par les médecins coloniaux, la gale, les pédiculoses si fréquentes, s'accompagnent de lésions étendues presque constantes de lichénifications anormales. Moins souvent les téguments des genoux ont leurs plis accentués et épaissis. Un de nos derniers sujets examinés portait autour des malléoles et sur la face dorsale du pied des lésions diffuses et prononcées d'hyperkératose et quand on les lui montrait, il affirmait : « Souliers, souliers ! » avec une mimique qui ne laissait place à aucun doute quant à l'étiologie de ces lésions cornées vis-à-vis du frottement.

Mais la personnalité de la peau du noir ne s'affirme pas seulement par ces réactions d'hyperkératose plus intense que chez le blanc, mais en somme, pourrait-on dire, normales, physiologiques, à des causes externes. Pour d'autres lésions où la structure de la peau est bouleversée, dermatoses du type urticaire, eczéma, psoriasis, érythème, polymorphe, la peau noire semble montrer une résistance particulière, alors que chéloïdes et lichénifications sont de pratique quotidienne.

Nous avons noté bien des fois, en coexistence avec les lésions scrotales, des papules de prurigo nodulaire de lichen obtusus de lichen spinulosus ou d'un simple quadrillage en divers points du corps, mais surtout aux membres inférieurs.

Enfin, il est très probable que toutes les races noires n'ont pas les mêmes propriétés tégumentaires. La majorité de nos malades étaient originaires de la Côte d'Ivoire. Mais peut-être ne faut-il trouver là qu'une particularité de recrutement, d'administration militaire, plutôt qu'une question d'espèce !

II. — LA PEAU DU SCROTUM. — Il est véritablement remarquable le développement électif de cette plaque de lichénification sur la face antérieure du scrotum ! Si la plupart des malades présentent sur la face interne des cuisses des lésions du même ordre, elles n'ont pas la vitalité, l'exubérance des lésions scrotales. Il n'est d'ailleurs pas rare de rencontrer des lichénifications solitaires de la peau des bourses, le reste des téguments demeurant absolument sain. Il y a « prédisposition régionale » manifeste. Nous invoquons deux ordres de facteurs pour expliquer ce phénomène :

1° La constitution régionale spéciale du scrotum ;

2° Des causes locales d'irritation : infections, frottements, parasitisme et surtout défaut d'hygiène cutanée.

1° Des enveloppes du testicules : scrotum, dartos, tunique celluleuse, tunique musculieuse, tunique fibreuse et vaginale, la première seule nous intéresse.

Cette couche cutanée mince (500 μ), très extensible, très pigmentée, est constituée par l'épiderme, le derme, les glandes cutanées et les phanères. Elle offre

quelques caractères particuliers; les glandes sudoripares et les glandes sébacées sont très nombreuses et très développées — or la transpiration et la macération consécutive de l'épiderme suffisent, on le sait, à provoquer le prurit; — le derme est très riche en éléments élastiques et surmonté de papilles volumineuses, sa structure lâche le prédispose aux infiltrations cellulaires. A la surface extérieure du scrotum croissent des poils longs et raides, et les squames ne sont pas toujours exemptes de spores de trichophyties, générateurs de prurit. Quant au derme profond, il est infiltré de fibres lisses par le dartos superficiel auquel succède le dartos proprement dit.

2° Les causes locales d'irritation sont représentées, nous le croyons, essentiellement par la malpropreté provoquant un état de subinfection latent de la peau auquel s'ajoute quelquefois le parasitisme. Ces facteurs s'étendent à tout le tégument et, nous les étudierons ailleurs, faisant seulement remarquer au passage, la difficulté habituelle des hommes au régiment de prendre des soins de propreté intime. D'ailleurs, les nègres semblent s'inquiéter fort peu de cette question.

Un facteur local que nous croyons important est, comme nous l'a fait remarquer M. le Docteur Busquet, dirigeant le service de Dermatologie de Saint-Anne, le frottement du caleçon de laine porté à même sur la peau par les noirs. Par sa présence, il irrite la peau; de plus il contribue à la transpiration du noir pendant les marches, toutes causes de prurit. Il explique les cas où la dermatose est apparue après l'in-

corporation du noir. Nous ne pensons pas que son rôle soit prépondérant dans l'ensemble. Il est cependant suffisant dans quelques cas à déclancher les lésions. D'ailleurs, dans l'observation 31, le noir reconnaît parfaitement son influence.

III. — L'ORGANISME DU NÈGRE. — Il y a la « *race* » sous l'épiderme. Elle est bien connue l'immunité relative de la race noire vis-à-vis du paludisme et de la fièvre jaune. De même, le nègre peut impunément se promener nu-tête par un soleil de feu, et c'est une des premières surprises des Européens à leur débarquement en Afrique Occidentale. Par contre, la variole, le choléra, la peste, le bérubéri, les filarioses font des hécatombes au pays de Samba Diouf. Quant aux pneumococcies, le noir remplace avantageusement la souris blanche comme réactif biologique au cours d'épidémie.

Or, pour notre question, cela importe peu que ces résistances ou ces prédispositions à des maladies différentes soient liées chez le noir à une allergie congénitale ou acquise, ou que les épidémies s'expliquent plus par des conditions locales, par des fautes d'hygiène que par des qualités ou imperfections du « terrain ». Nous avons une dermatose anormalement fréquente dans la race noire; y a-t-il des précédents ? Oui. Par conséquent, la race, par ses qualités ou par ses mœurs, a des maladies à elle : cela nous suffit d'abord. Nous avons l'explication grossière, même sans faire intervenir les qualités spéciales de la peau du noir, de la production élective de lésions cutanées dans cette race.

Malheureusement, le problème, si nous cherchons à creuser davantage la part du « terrain » dans la production des lichénifications, se place hors de notre portée. Il faudrait savoir, en dehors des causes externes, quel est le facteur responsable parmi tous ceux qui donnent à la race son individualité.

1° Les prédispositions d'origine ancestrale : l'hérédité ;

2° Toutes les prédispositions acquises : infections antérieures, intoxications accidentelles ou habituelles, auto-intoxications, dysfonctionnement des divers organes producteurs de substances nécessaires à l'organisme ou éliminateurs.

Nous soulignerons seulement : la fréquence de la syphilis chez nos noirs et l'influence possible de leur alimentation.

La fréquence de la syphilis est notée par tous les médecins coloniaux. Malgré que la syphilis ne soit pas une maladie de la peau, comme c'est à la peau et aux muqueuses que d'ordinaire l'infection trouve sa porte d'entrée et que se déroulent ses manifestations caractéristiques, nous nous plaisons à relever l'opinion d'un médecin colonial, sur la forme *cutanée* qu'elle affecte chez les noirs : « Il y a une syphilis exotique, dit-il, forme spéciale de l'infection spirochétosique, se manifestant par une évolution et des symptômes particuliers tenant à la race, au climat, aux maladies endémiques; aux habitudes sociales, aux conditions d'existence, etc., c'est-à-dire à *un certain nombre de facteurs propres au milieu colonial* ». Cette formule s'applique nécessairement à toutes les dermatoses.

Pour l'influence directe de la syphilis sur le développement de notre dermatose, elle est très improbable. Tout au plus pourrait-on invoquer les directives pathologiques que la vérole donne à un organisme vers « l'*hypertrophie* », vers la « *néo-formation* », comme nous l'enseignait notre maître Favre, ou la « *sclérose* ». Mais ici, c'est bien vague. Le traitement d'épreuve, pratiqué par erreur diagnostique (observ. II) se montre complètement inefficace.

Quant à l'alimentation de nos noirs, elle a peut-être une influence dans le développement prépondérant chez eux des lichénifications. Pour les blancs, on l'affirme. De plus, Brocq le dit très justement, parlant de l'adaptation d'un organisme à un régime :

« Peut-on soumettre l'Esquimau, qui consomme sans inconvénient aucun et avec la plus grande satisfaction, en un seul repas, quand il peut le faire, des kilogrammes de graisse et de viande de phoque, peut-on, dis-je, le soumettre au régime de l'Arabe du Sahara qui vit avec quelques dattes par jour. » Certes, les qualités de la race dépendent jusqu'à un certain point, de son alimentation, conditionnée elle-même par les ressources du pays.

Nous nous contentons, faute de documents et d'étude plus précises, de ces aperçus généraux.

Notre question se trouve intéressée aussi par la *psychologie du noir*. Brocq dit en effet :

« La présence de la lichénification signifie qu'il existe chez le malade un élément névropathique pur, ou un élément d'intoxication agissant sur le système

nerveux (dont il convient de tenir grand compte dans le traitement). »

D'ailleurs, tous les auteurs traitant de l'étiologie des lichénifications, notent qu'elles se développent chez les névropathes. Cela est vrai dans nos pays, où l'on se tient propre et où l'on travaille plus avec son cerveau qu'avec ses jambes ! Mais nos nègres ! Ils sont remarquablement équilibrés et tranquilles, d'une patience extraordinaire. Les coloniaux l'affirment. Nous-mêmes pouvions le juger au cours de nos examens cliniques ou de laboratoires, et mieux encore à la prise de nos photographies.

Si chez nous les nerveux sont atteints électivement de lichénifications, ce n'est pas pour une question de « terrain ». Ils ont simplement plus de propension à se gratter, de même que les parasités, les trichophytiques en particulier et.... les malpropres !

Avant d'aborder l'étude des causes déterminantes de notre dermatose agissant sur la peau et l'organisme du nègre, jetons un coup d'œil sur l'atmosphère dans laquelle se passera ce « conflit » entre les causes externes et le terrain.

Le continent africain se divise, au point de vue climat, en trois portions : deux tempérées, le Nord-Afrique et le Sud-Afrique, et une immense région intertropicale très chaude. Nos noirs appartiennent à cette dernière que l'on a surnommée : « *Indes noires* ». Elle est soumise à une alternance de saisons pluvieuses et sèches, les saisons pluvieuses étant des saisons chauds. D'où deux causes de prurit : 1° La transpiration avec macération de la peau due à cette

chaleur sans évaporation possible de la sueur ; 2° La chaleur seule serait-elle sèche, car on connaît même chez nous le « *Prurigo Estivalis* ». D'ailleurs, voici l'explication *in extenso* de Le Dantec (*Précis de Pathologie exotique*, p. 142) sur des affections cutanées tropicales :

« Le développement des « bourbouilles » (sudamina, miliaires, lichen tropicus) est dû exclusivement à la chaleur. Les glandes sudoripares, pour lutter contre le calorique, sécrètent la sueur d'une façon abondante ; malheureusement, celle-ci, lorsque l'état hygrométrique de l'air est très prononcé, ne s'évapore pas et *irrite la peau par sa présence*, d'où l'éruption. Tout ce qui peut augmenter la sécrétion des glandes sudoripares, comme l'absorption de liquides, ou irriter la peau comme les bains de mer, les douches salées à bord des navires, *le port du gilet de flanelle, favorise l'éruption des bourbouilles* ».

Voici des facteurs peut-être importants dans le développement électif des lichénifications anormales chez les nègres ! Car, et ce sont elles que nous étudierons dans la deuxième partie de cet article, il y a deux causes nécessaires, sinon suffisantes suivant les individus, pour produire des lichénifications cutanées anormales, ce sont : *le frottement et le grattage*.

B. — Dominantes étiologiques

LE GRATTAGE ET LE FROTTEMENT. — Voici comment Brocq concevait déjà en 1892, la lichénification des téguments (*Gazette des Hôpitaux*) :

« Lorsqu'on exerce sans cesse un traumatisme quelconque sur un point précis de la peau, cette peau ainsi traumatisée subit peu à peu des modifications dans son aspect, sa texture, son fonctionnement. C'est ainsi que se développent peu à peu les diverses lésions cutanées professionnelles, les altérations dermiques dues à la compression des téguments par des bandages herniaires, etc. Or, quand on n'a plus affaire à une peau normale, mais à une peau en état morbide, les traumatismes que l'on exerce sur elle, produisent parfois des modifications bien plus rapides et bien plus profondes. En particulier, dans les cas si fréquents où *l'on éprouve des démangeaisons*, si l'on traumatise incessamment l'endroit prurigineux en se grattant soit avec les ongles, *soit avec les vêtements*, soit avec un instrument quelconque, on peut déterminer, comme l'a fort bien prouvé M. Jacquet, avec une assez grande rapidité, des altérations cutanées qui consistent essentiellement en une inflammation chronique des téguments. C'est ainsi que le derme s'infiltré peu à peu d'éléments embryonnaires, qu'il s'épaissit, devient dur et rugueux, les papilles s'hypertrophient, se groupent même parfois de façon à simuler des papules assez irrégulières et inégales, n'ayant aucune relation ni avec l'appareil sébacéopilaire, ni avec l'appareil sudoripare. Bientôt la peau offre un aspect assez spécial, caractérisé par *l'exagération de ses plis naturels* qui forment une sorte de quadrillage à mailles plus ou moins larges et régulières, et par une infiltration plus ou moins accentuée

des téguments qui ont perdu leur souplesse et leur consistance normales.

Tel est le processus morbide auquel je donne le nom de lichénification. »

Nous estimons que notre dermatose n'a pas une étiologie univoque. Le plus souvent elle est provoquée par le grattage, celui-ci sous la dépendance de facteurs variés, que nous étudierons parmi les « *Causes secondaires probables* ». Quelquefois, elle est produite par le frottement. Il n'a pas besoin d'être violent, car il se produit en un point où il y a des causes locales d'irritation : l'intertrigo et sa macération sudorale au niveau du scrotum sont bien connus. Il est certain que quelques-uns des noirs incriminaient le caleçon et les marches militaires, toutes causes de frottement, mais ne serait-ce pas le prurit produit par les irritations du frottement qui serait toujours le grand responsable ? Envisageons donc l'apparition de ce facteur essentiel, considérant, nous le répétons, que chaque cause qui lui donne naissance, peut, par contre-coup, produire de la lichénification.

C.— Causes secondaires probables

La première, qui nous semble la plus fréquente, est l'état de sub-infection dans lequel se trouvent les bourses par le fait de la malpropreté, plus prononcée en ce point des téguments du nègre. C'est essentiellement une « *cause locale d'irritation* » ; mais, comme le dit Gougerot : « *Les causes locales ont, dans les prurits localisés, une grande importance* ».

C'est la question si controversée des *relations de la lichénification avec l'infection externe streptococcique*. Sabouraud l'intitule « *Epidermite chronique* ».

Cette affection débute par un stade aigu, avec chaleur locale, cuisson, « *phase exsudative* », se continue par un stade subaigu, « *phase d'impétiginisation pré-lichénienne* », se termine par un stade chronique, « *période de lichénisation constituée* ».

« Alors survient, dit Sabouraud, la phase de lichénisation proprement dite ; la région malade n'est plus ni exsudative, ni croûteuse, elle est sèche. Sans doute, un traumatisme, ou le grattage, peuvent, sans grand peine, y renouveler l'exsudation, mais partielle, peu intense, tôt disparue. La peau est épaissie, mobile sur les tissu sous-jacents, elle fait entre les doigts de *gros plis épais pachydermiques*. La surface découpée de quadrillés pâles, couverte de lésions papuleuses sèches et très peu squameuse et de couleur rose lilas.

Après des semaines, après des mois, ce placard s'affaisse et blanchit lentement, pour laisser la peau reprendre ses caractères de peau normale, mais jusqu'à la fin de cette régression lente, on peut voir des réveils locaux de la maladie se produire, qui renouvellent les symptômes primitifs d'exsudation et de croûte et retardent la guérison. »

Nous considérons cet extrait de Sabouraud comme *essentiel* dans notre étiologie. Sa description de la période de lichénisation constituée coïncide avec l'aspect de notre dermatose une fois que les savonnages l'ont détergée, ont détaché ses « *squames croûtes*. » Certes le stade, aigu et subaigu, n'a pas été observé

par nous ; qu'est-ce que cela prouve, sinon que nos nègres portaient une lésion ancienne, ce qu'ils disent tous, datant au moins de quelques mois. Puis dans notre pays, cet état de subinfection latent, cette malpropreté de la peau n'est pas habituelle. Pour observer de la lichénification, il faut de l'infection cutanée prononcée avec épisodes aigus: c'est ce qui explique les deux stades: aigu et subaigu prélichénien de Sabouraud. Mais chez nos nègres, tout évolue à bas bruit, sur une peau attaquée depuis la naissance par des microbes, peu virulents, bien supportés. Il est possible, probable, qu'il y a chez eux deux stades seulement: un premier de subinfection avec grattage; un deuxième de lichénification constituée, ce qui n'empêche pas le premier de coexister et de provoquer sur la plaque un prurit tenace.

D'ailleurs, l'importance des microbes saprophytes de la peau est admise universellement. Brocq, lui-même, tout en affirmant que « le streptocoque ne fait, dans quelques cas et encore pas sur tous les points infectés chez un même sujet, que de l'hyperacanthose, il ne fait pas lui seul de la lichénification vraie », car, ajoute-t-il, ce en quoi notre cas particulier lui donne raison, « pour que la lichénification vraie existe, nous ne saurions trop le répéter, il faut le frottement et le grattage ». Brocq n'en dit pas moins : « Le streptocoque, seul ou associé au staphylocoque, peut arriver à produire de l'hyperacanthose. il doit donc, quand le prurit coexiste et que le malade se gratte, favoriser dans une large mesure la formation de la lichénification. On comprend sans peine, grâce

aux travaux de M. le Docteur Sabouraud, qu'il puisse contribuer *pour une part considérable à l'établissement rapide de lichénifications épaisses.* »

Et Gougerot : « On a trop de tendance à croire que le streptocoque, le staphylocoque et les autres microbes pyogènes ne déterminent que des lésions aiguës; on ne s'est pas encore assez fait à l'idée *qu'ils peuvent provoquer des lésions chroniques très tenaces* ». C'est lui qui dit aussi, à propos du traitement, cette phrase si semblable à notre cas : « Le traitement fait disparaître rapidement l'épidermite. *La dermatose associée est longue à guérir* ». Et M. Favre : « De l'observation de la dermatologie de guerre nous sortons convaincus de la plus grande importance du facteur infectieux en pathologie cutanée. » Au même point de vue, même parmi les formes cliniques de dermo-épidermites classiques, il y a des points de comparaison.

« Il y a les formes sèches, squameuses : c'est un placard ovalaire, large comme la main, érythémato-squameux, sec, psoriasiforme, avec des squames épaisses très adhérentes. Or « les épidermites peuvent se réduire à un ou deux placards qui siègent aux membres inférieurs, aux oreilles; *au scrotum*, aux mains ». « Par l'étiologie, les dermo-épidermites succèdent souvent à de petits traumatismes : piqûres, contusions, plaies du soulier, brûlures, ypérite, froidures ».

Si nous avons l'occasion de poursuivre des travaux sur notre dermatose, si fréquente chez les noirs, c'est de ce côté que nous orienterons nos recherches (cultures des squames, isolement des produits microbiens

et identification). Les nécessités de l'heure nous l'interdisent présentement.

Les rapports entre notre dermatose et *les trichophyties* ne sont pas moins intéressants. C'est à ce sujet que l'opinion suivante de Brocq prend toute sa valeur :

« Toutes les fois qu'on observe le syndrome de la lichénification on doit avoir pour unique préoccupation de s'efforcer de trouver l'élément primitif, la lésion élémentaire, le mode de l'affection. Il faut donc, pour arriver à poser un diagnostic, exact, faire abstraction de l'élément lichénification. *Il faut chercher avant tout par les commémoratifs, par l'exploration patiente de l'éruption et de toute la surface des téguments, si cet élément est surajouté à une dermatose antérieure et à quelle dermatose.* »

Or, voici textuellement l'opinion de M. le Docteur Esquier, à qui je dois presque toutes mes observations :

« Chez plusieurs de nos sujets, les lésions du scrotum et de la verge coexistaient avec des lésions de trichophytie cutanée plus ou moins généralisée et confirmée par l'examen microscopique qui a montré des spores et du mycelium de trichophyton dans les râclures d'ongles ou dans les squames de diverses régions du corps. Dans bien des cas où aucun parasite n'a pu être retrouvé, le diagnostic clinique de trichophytie chronique avec lichénification des membres inférieurs s'imposait. »

Le rapprochement de ces deux opinions est saisissant. Sans crainte d'abuser des citations, dans le cas particulier, nous relevons, dans le précis de Dermato-

logie de Darier, ce qu'il dit sur les trichophytides, la forme probable à incriminer dans certains cas de notre dermatose.

« On appelle trichophytides des éruptions disséminées ou régionales qui se produisent parfois chez les sujets relativement jeunes, atteints d'épidermomycoses profondes, surtout de kérion, quelle que soit l'espèce du trichophyton. La première connue, et la moins rare, est *le lichen trichophytique*. Signalé par Jadassohn (1911), étudié par ses élèves Guth, Chable, Sœves, puis par Bloch, Lervandowsky, Raschn, Pederson, cette éruption consiste en petites papules folliculaires d'un rose pâle, coniques ou planes, disséminées ou en groupes qui apparaissent sur le tronc et les membres au moment de la convalescence ; elles rappellent le lichen scrofulosorum et souvent *le lichen spinulosus* par leur sommet croûteux ou squameux surmonté d'une pointe cornée.

Plus rares sont les formes « érythème noueux trichophytique » (Bloch, Pulvermache), dont 7 cas ont été publiés, « l'érythème scarlatiniforme », « l'érythème polymorphe » (Bloch, Rasch), une « éruption vésico-pustuleuse », des « *éruptions squameuses* », etc. Il n'est pas rare que plusieurs de ces formes coexistent. En pareil cas, l'épidermomycose s'accompagne de troubles généraux, de fièvre, frissons, malaises, amaigrissement, tuméfaction des ganglions et de la rate, hyperleucocytose, etc. Dans un récent article, Br. Bloch (*Annales de Dermal.* 1921), résumant les notions acquises sur les trichophyties dont l'intérêt est si grand, cherche quelle en peut être la pathogénie; les

conditions où elles apparaissent, *le fait qu'on n'y rencontre qu'exceptionnellement des champignons*, prouvent qu'elles résultent probablement de l'apport par voie sanguine de la toxine trichophytique élaborée dans le foyer initial, à la faveur d'une allergie ou *sensibilisation cutanée*. Le parallélisme entre les trichophytides et les tuberculides est donc frappant à bien « des égards ».

Relevons et assemblons les passages qui nous intéressent : voilà une « éruption régionale appelée lichen trichophytique, rappelant souvent le lichen spinulosus, pouvant donner lieu à des squames, dans lesquelles on ne trouve qu'exceptionnellement des champignons et due à une sensibilisation cutanée ! » Nous le répétons, l'étiologie de la lichénification du scrotum n'est pas univoque.

D.— Causes secondaires possibles

« Chez quelques malades, l'examen des poils scrotaux nous les a montrés atteints de trichorrexie, parfois aussi de trichosporie noueuse », dit, dans son travail, M. le Docteur Esquier.

Voici l'opinion de M. Darier sur ces affections :

« La Piedra ou *trichosporie noueuse tropicale* donne lieu à des nouures des cheveux, et quelquefois de la barbe, disposées sans aucun ordre et se traduisant au toucher par une sensation de rugosité. Les nodules arrondis, fusiformes ou en forme d'écaille, sont blanchâtres, extrêmement durs et adhérents; ils ne rendent pas les cheveux cassants; Juliet Reusy en a comp-

té 23 sur un seul cheveu de 60 centimètres. Ils sont composés de spores assez grosses, appartenant à une ou à diverses espèces de trichospories, tassées et agglutinées sous l'épidermicule du poil. »

« On désigne sous le nom de *trichorrexie nodosa* une affection très fréquente de la barbe chez l'homme, des cheveux et des poils du pubis chez la femme, caractérisée par un éclatement localisé du poil, dont les fibres se séparent en forme de deux balais enfoncés l'un dans l'autre. Il existe des cas de trichorrexie noueuse rebelle et idiopathique, c'est-à-dire de cause inconnue, à la moustache chez l'homme et par plaques arrondies sur le cuir chevelu, *avec ou sans épaississement de la peau et prurit.* » (Sabouraud, *Annales Dermat.*, nov. 1921).

« La *trichomycose vulgaire*, ou leprothrix de Wilson, ou trichomycosis palmellina (Pick), est commune en tous pays *aux aisselles et aux parties génitales chez les gens prenant des soins de propreté insuffisants.* Les poils deviennent ternes, rugueux, noueux, prennent une couleur jaunâtre ou rougeâtre (trichomycosis flava, rubra, nigra), mais ne sont pas cassants; il y a souvent de l'hyperidrose et de la chromidose de la région. Au microscope, on constate sur les poils des concrétions granuleuses très adhérentes, formant une gaine irrégulière, une sorte d'écorce rugueuse, ou des *nodules espacés.* Ils sont constitués par des zoogles de cocci, fixés sur des érosions de l'épidermicule des poils et agglomérés dans une gangue très dure. On a pu isoler et cultiver divers micro-organismes pouvant donner lieu à ce syndrome (palmellina, nocardia, etc.).

Castelloni en a étudié une variété tropicale (1912). Des frictions savonneuses, des bains, des lotions ou pommades antiseptiques suffisent comme traitement; il est exceptionnel qu'on ait à faire raser les poils.

« On sait combien sont fréquentes chez les noirs les affections parasitaires prurigineuses » (Docteur Esquier). Nous avons vu, en fréquentant son service, des gales invétérées avec épaissement considérable des téguments, et là encore notre dermatose peut rencontrer quelquefois son étiologie.

« Dans quelques cas enfin, il y avait coexistence de lichen plan des joues et de la langue. »

En lisant l'article de M. le Professeur Nicolas, intitulé « Unicité ou dualité du lichen plan et du lichen corné », nous avons eu l'idée d'une étiologie possible de notre plaque de lichénification. Nous allons employer, pour l'exposer, des extraits de l'article de notre éminent maître lyonnais. Bien entendu, nous avons seul l'audace de cette hypothèse aventureuse qui abuse peut-être de rapprochements gratuits d'affirmations faites dans une autre fin, — que M. le Professeur Nicolas nous pardonne.

« Le lichen plan malheureusement garde encore son secret, en ce qui concerne son étiologie », dit M. Nicolas, « abstraction faite du terrain peut-être un peu spécial sur lequel elle évolue, cette dermatose présente des caractères de divers ordres, qui la rapprochent des maladies éruptives, toxiques ou *infectieuses*, et, l'éloignant des réactions cutanées diathésiques, lui donnent une individualité très particulière. »

Et plus loin :

« Nous restons très disposés à considérer le lichen plan et le lichen corné comme deux modalités anatomiques et cliniques différentes d'une seule et même dermatose. »

Or, si nos nègres présentent de l'épaississement du tégument des bourses, par prurit ou frottement avec image histologique de lichénification à la coupe des lésions, leur plaque de lichénification que nous considérons seule dans notre thèse, s'accompagne presque toujours de lésions de lichen corné. (Disons, en passant, que dans un travail antérieur à celui-ci, notre distingué ami, M. le Docteur Esquier, en tirait des arguments de grande valeur, pour assimiler ce lichen corné aux lichénifications anormales.)

Mais, renversant le problème, nous pourrions considérer que nos nègres étaient atteints de « lichen spinulosus », « la forme prurigineuse », et que le prurit engendrait secondairement la lichénification. Ainsi la cause de notre lichénification serait le lichen plan !

Remarquons qu'il n'y a aucune contradiction entre nos deux idées : celle où nous combattions M. Dind, dans l'article consacré à l'identification nosologique de notre dermatose parce qu'il voulait faire de la lichénification, une forme de lichen plan et celle où nous admettons, en toute hypothèse, la possibilité d'une liaison entre notre plaque lichénifiée et le lichen plan (par l'intermédiaire du lichen corné). Dans le premier cas, M. Dind veut affirmer « identité » ; usant des idées de M. Nicolas, nous voulons suggérer « causalité ». La différence est essentielle, c'est une différence dans la « nature » de l'étiologie.

Mais nous tenons à dire que nous ne pensons pas que ce soit l'étiologie, au moins habituelle de la lichénification du scrotum, que nous décrivons. C'est l'étiologie microbienne ou parasitaire qui a nos faveurs. Nous pensons que les lésions scrotales de nos nègres ressortissaient à une dermo-épidermite lichénifiée, accompagnée très souvent de lichen corné, mais sans relation, sinon étiologique, avec lui. Et deux passages de l'article de M. Nicolas nous plaisent fort, pour expliquer le caractère des squames que nous observions au grattage méthodique des lésions :

1° « ...A la surface des masses cornées, adhérentes et brunâtres la fréquence d'abondants cônes cornés plongeant dans les pores cutanés et laissant, lorsqu'on les extrait, une surface épineuse » (spinulosisme).

2 « Il n'y a pas une dermatose unique qu'on puisse appeler lichen spinulosus; il existe très probablement à côté de l'acné cornée des Français, de l'acné kératosique et du lichen pilaris seu spinulosus des Anglais, toute une série d'affections où le spinulosisme peut se trouver réalisé ».

Pathogénie

« Tandis que les causes qui peuvent léser la peau sont d'une multiplicité presque infinie, les modalités de ses lésions et de ses réactions sont en nombre limité. »

(DARIER.)

Voici l'opinion de Brocq sur la pathogénie des états lichénoïdes secondaires : « Pour que les états liché-

noïdes se trouvent remplies : 1° Il faut que l'affection cutanée primitive soit prurigineuse; 2° qu'elle occupe un espace de temps suffisant, une même région des téguments, de telle sorte que cette région soit assez longtemps soumise aux actions traumatiques lichénifiantes ; 3° enfin, il faut que le sujet soit prédisposé à la lichénification. »

Nous disons, suivant le plan du Maître, notre dermatose se produit en 3 périodes, le plus souvent :

1° Il existe un état local défectueux : a) subinfection latente des téguments, trichophytie locale; b) irritations, par manque d'hygiène;

2° Sur cet état local, se surajoute, soit par causalité (prurit), soit par concomitance (frottement), des traumatismes, générateurs de lichénification ;

3° Il y a cercle vicieux, l'état local provoque le prurit, le prurit aggrave l'état local et bientôt, inquiétude du sujet, nuits troublées, repos difficile, en somme atteinte légère de l'état général.

Mais notre dermatose, nous le répétons, n'est pas d'étiologie univoque, et les phénomènes peuvent suivre cet ordre :

1° Atteinte de l'état général : toxines trichophytiques (ou apparition de lichen plan);

2° Prurit secondaire et prédisposition locale fixant ce prurit;

3° Lichénification secondaire.

Mais nous avouons que la première pathogénie a toutes nos faveurs.

CONCLUSIONS

I. — La race noire présente une prédisposition remarquable aux lichénifications cutanées anormales.

II. — Cette prédisposition est plus évidente pour la peau du scrotum que sa constitution régionale expose particulièrement aux lésions de lichénification.

III. — La lichénification du scrotum des noirs n'a pas une étiologie univoque. C'est une réaction banale de la peau à des grattages et des frottements répétés de causes diverses.

IV. — Parmi ces causes, deux dominant : 1° la malpropreté du noir entretenant un état de subinfection latent de la peau des bourses; 2° la fréquence des trichophyties.

V. — Cliniquement, chez le noir, la lichénification du scrotum se présente généralement comme une lichénification secondaire à un prurit, par manque d'hygiène locale ou par trichophytie. On pourrait penser quelquefois à une étiologie plus complexe par atteinte de l'état général, engendrant une trichophytide ou

une éruption de lichen plan, toutes deux s'accompagnant de lichénification secondaire.

VI. — Par ses qualités et ses réactions propres, par l'existence particulière que mène le nègre dans le milieu tropical, lui-même très individualisé, la peau noire possède une personnalité morbide dont notre travail nous a souligné l'intérêt.

<i>Vu :</i>	LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
LE DOYEN,	NICOLAS.
JEAN LEPINE.	

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 26 Février 1926.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
GHEUSI.

BIBLIOGRAPHIE

« Nous marquons d'une + les publications importantes. »

- BRANCA. — Précis d'histologie « *Les bourses* », p. 667.
1 vol., 1914, Baillière, éd.
- + BROCC. — Du lichen et du prurigo. *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, n° 38, p. 614, 633, 645, septembre 1886.
- Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 487, 1890.
- Notes pour servir à l'histoire des névrodermites. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, février 1891.
- + — Des lichénifications des téguments. *Gazette des Hôpitaux*, p. 197, 20 fév. 1892.
- Nouvelles notes. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, juin-juillet 1896.
- La question des eczémas. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 143, 160, 1900.
- *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 140 et 141, 3 mai 1900.
- + — Conception générale des dermatoses; théories des réactions cutanées, des dermatoses composées et des faits de passage. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, mars-avril, 1904.
- BROCC et PAUTRIER. — Lichen obtusus corné (urticaria perstaus); forme anormale de lichénification circonscrite en nodules. *Soc. de Dermat. et de Syphil.*, n° 9, p. 342, décembre 1908.

- BROCOQ. — Etude de quelques formes anormales de lichénification. *Compte rendu XVI^e Congrès International de Médecine*, p. 432, Budapest, 1909.
- + — *Traité de dermatologie pratique*, tome I, p. 79, tome II, p. 35, 60, 1907.
- + — Lichen de la Pratique dermatologique.
- + — Les objections à la conception des lichénifications. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 278, 1923.
- + — *Cliniques dermatologiques*, particulièrement article sur les lichénifications, p. 310, 1924.
- + ENZO BIZZAZERO. — Des formes anormales de lichénification (Bibliographie complète). *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 331, juin 1924.
- BRUNAUER. — Nevrodermitis generalisata und Erythema multiforme. *Sitzung*, 4 mai 1922. *Wiener Dermatologische Gesellschaft. Zentralblatt für Haut und Geschlechtskrankheiten* Bd 6, Heft 7, 8, p. 326, 5 novembre 1922.
- BUELER. — Ueber lichen obtusus. *Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, Bd 136, p. 117, 1921.
- BUKOVSKY. — Zur Frage der Nevrodermitiden. *Analyse in Zentralblatt f. Haut und Geschlechtskrankheiten*, Bd 5, Heft 6, p. 372, août 1922.
- BURNIER et REJSEK. — Lichen obtusus corné ou lichénification circonscrite nodulaire chronique. *Bulletin de la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie*, p. 205, 1923.
- CHATELAIN (E.). — Précis iconographique des maladies de la peau, 1893.
- DARIER (J.). — Précis de dermatologie, 1924, Masson, édit.
- DERMATOLOGIE. — Collection Sergent, Ribadeau, Dumas, Babonneux, 1 vol., 1923, Malonie, édit.
- DESAUX. — Dermatoses développées autour des plaies de guerre et trajets fistuleux. *Presse Médicale*, n° 18, p. 138, 30 mars 1916.
- + DIND. — Essai sur les lichens, la lichénification. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 213, 1920.

EHRMAN. — Dermatologische Zeitschrift, Bd 25, Heft 5, p. 283, 1918.

— Ueber den Zusammenhang der Neurodermitis mit Erkrankungen der Verdauungstraktes und Störungen der nierenen Sekretion. *Verdhaulungen der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft XII^e Kongress Hamburg*, p. 346, 1921.

— Neurodermitis hypertrophica Sitzung, 4 décembre 1919. Wiener Dermatologische Gesellschaft. *Archiv. f. Dermatologie und Syphil.*, Bd 137, p. 26, 1921.

— Ueber der Zusammenhang von Pruritus, Dermographisi, und Dermatitis lichenoides pruriens (Lichen simplex chronicus). Eczema nummulare, der Lichtsensibilisierung der Haut mit visceralen und gastrointestinalen Störungen. *Dermatologische Zeitschrift*, Bd 25, Heft 5, p. 283, 1918.

FABRY. — Ueber 2 Fälle von Neurodermitis noduloso (Grossknotige Form der Neurodermitis Brocq). *Archiv. f. Dermatologie und Syphil.*, Bd 121, p. 241, 1915.

FAVRE Mathieu et Richard. — L'infection cutanée. Les dermatoses satellites. Les séquelles post-infectieuses. *Lyon Médical*, septembre 1918.

GASTON et ROBERT SIMON. — Cas de lichen plan zoni-forme fémoro-cutané à début émotif et à évolution cornée. *Annales de Dermatologie*, 1904.

GOUGEROT. — Sur les dermoépidermites microbiennes. Les dermoépidermites de guerre. *Revue de Médecine*, n° 5, 6, 7, 8,, p. 342 et 461, 1916.

— Fréquence, polymorphisme et importance des streptococcies cutanées aiguës et chroniques. *Journal des Praticiens*, n°s 11, 17, 18, 26, 50, 1917, et n° 19, 1918.

— *Paris Médical*, n°s 1, 45, 1917; n°s 6, 44, 51, 1918; n°s 7, 25, 1920.

— *Annales de Médecine* (formes exotiques), p. 9, 1918.

— La dermatologie en clientèle, 1 vol., 1922, Maloine, édit.

- GRALL et CLARAC. — Traité de pathologie exotique.
- HALLOPEAU et LEREDDE. — Traité de dermatologie, 1900, Baillière, édit.
- HOFFMANN. — Ueber Neurodermitis chronica faciei (Lichen simplex chronicus faciei). *Dermatologische Zeitschrift*, Bd 20, p. 117, 1913.
- KREIBICH. — Neurodermitis delcavans. *Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, Bd 144, Heft 1, p. 15, 1923.
- Deutsche Dermatologische Gesellschaft. *Sitzung* 7 janvier 1923; *Analysé in Zeutrablatt f. Haut und Geschlechtskrankheiten*, Bd 8, Heft 4, p. 162, 5 mai 1923.
- Neurodermitis verrucosa. *Archiv. f. Dermat. und Syphil.*, Bd 121, Heft 2, p. 307, 1915.
- A. LE DANTEC. — Précis de pathologie exotique, 1924. *Collection Testut*.
- LIER et PORGES. — Dermatosen und Anacidität. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 48, p. 1974, 1913.
- MALADIES DE LA PEAU. — Traité de pathologie exotique, sous la direction des Docteurs *Grall et Clarac*, 1 vol., 1919, Baillière, édit.
- MALHERBE. — Lichen corné hyperkératosique. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 129 et 199, février 1925.
- + NICOLAS et GATÉ. — Unicité ou dualité du lichen plan et du lichen corné. Spinulosisme. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 557, nov. 1923; *Lyon Médical*, février 1919.
- + P. NOEL. — Lichen simple circonscrit avec décollements sacculaires cutanés et nodosité juxta-articulaires. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 514, 1921.
- + PAUTRIER. — Contribution à l'étude des lichénifications anormales. La lichénification circonscrite nodulaire chronique. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 49, 1922.
- + — Nouveau cas de lichénification circonscrite nodulaire chronique. *Séance* du 8 janvier 1922.
- + — Réunion dermatologique de Strasbourg. *Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphil.*, p. 25, 1922.

- + PAUTRIER et ROEDERER. — Lichénification géante des plis génitaux. *Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphilig.*, p. 7, mars 1923.
- + PAUTRIER. — Contribution à l'étude des lichénifications anormales. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 81 et 129, février 1925.
- PAYENNEVILLE. — Deux cas de lichénification nodulaire circonscrite chronique (Lichen obtusus corné) en série familiale. *Séance du 14 mai 1922. Réunion dermatologique de Strasbourg. Bulletin de la Société Française de Dermat. et de Syphil.*, p. 62, 1922.
- RABELLO. — Pathologie cutanée des noirs. *Société Brésilienne*.
- RUSCH. — Zur Kennties der « Sarkoiden » Hauttumoren. *Archiv. f. Dermatologie und Syphilis*, Bd 87, p. 163, 1907.
- SABOURAUD. — Etude clinique et bactériologique de l'impétigo. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 358, 359, 360, 367, 368, 1900 (La lichénification, séquelle de l'infection streptococcique des téguments!).
- Manuel élémentaire de dermatologie topographique, 1905, Masson, édit.
- Entretiens dermatologiques, 1924. Masson, édit.
- SALANOUÉ. IPIN. — Précis de pathologie tropicale, 1910. Maloine, édit.
- Société Dermatologique de Londres.* — Discussion sur le lichen plan. *The British Journal of Dermatol.*, p. 434 et 440, décembre 1900.
- SPILLMANN, WATRIN et CRÉANGE. — Lichen corné hypertrophique et lichen plan. *Réunion dermatologique de Strasbourg*, 16 mai 1922. *Bulletin de la Société de Dermat. et de Syphil.*, p. 547, juillet 1926.
- THIBIERGE. — *Paris Médical*, novembre 1920.
- VIDAL. — Lichen, prurigo, strophulus. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 133, 1886.
- WECHER. — Ein falle von atypisch gervucherter Nevrodermitis. *Dissertation, Frankfurt*, a M 1916, Analysé in *Dermatologische Wochenschrift*, n° 23, p. 366, 1919.

WURTZ et THIROUX. — Diagnostic et sémiologie des maladies tropicales, p. 454, 1905. Masson, édit.

NOTA. — Les deux travaux « princeps » que le lecteur devrait étudier si notre travail l'intéressait sont :

PAUTRIER. — Contribution à l'étude des lichénifications anormales. La lichénification hypertrophique ou géante. Février 1925.

BIZZOZEROS. — Des formes anormales de lichénification (Bibliographie complète). *Annales de Dermat. et de Syphil.*, p. 331, juin 1924.

TABLE DES MATIERES

Préface	9
Les Faits.— 38 observations inédites, dont une empruntée au Docteur Noël.....	13
Tableau Clinique.— Synthèse des observations. La lichénification du scrotum chez les noirs	37
Symptômatologie	39
Histologie pathologique.....	42
Diagnostic	46
Evolution	54
Traitement.....	55
Cadre Nosologique — Les lichénifications. Notre dermatose en est une. Ce que sont les lichénifications	59
Etiologie et Pathogénie.....	81
Le « Terrain ».....	84
Dominantes étiologiques.....	93
Causes secondaires probables.....	95
Causes secondaires possibles	101
Conclusions.....	107
Bibliographie.....	109

